

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Charles BERNARD

• Né à Roubaix, le 9 Novembre 1891

Externe des Hôpitaux

Lauréat (ter) de la Faculté libre de Médecine de Lille

LES KYSTES DE L'OVAIRE

DANS LEURS RAPPORTS

AVEC LA GESTATION, L'ACCOUCHEMENT

ET LES SUITES DE COUCHES

Observations de la Clinique Baudelocque (1890-1920)

Président : M. COUVELAIRE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

473

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Charles BERNARD

•Né à Roubaix, le 3 Novembre 1891

Externe des Hôpitaux

Lauréat (ter) de la Faculté libre de Médecine de Lille

LES KYSTES DE L'OVAIRE

DANS LEURS RAPPORTS

AVEC LA GESTATION, L'ACCOUCHEMENT

ET LES SUITES DE COUCHES

Observations de la Clinique Baudelocque (1890-1920)



Président : M. COUVELAIRE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
 ASSESSEUR : G. POUCHET
 PROFESSEURS

	MM
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	BROCA (A.)
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	M. LABBÉ
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale.	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	HUTINEL
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	QUENU
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
Clinique gynécologique.	BRINDEAU
Clinique chirurgicale infantile	J.-L. FAURE
Clinique thérapeutique.	A. BROCA
Clinique oto-rhino-laryngologique.	ALBERT ROBIN
	P. SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBÉ (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Je dédie ce travail à mon Père et à ma Mère comme un faible témoignage de mon amour filial et de toute ma reconnaissance, à ma femme en gage de ma plus vive affection, à mes frères et sœurs, à M. le professeur Delassus, doyen de la Faculté libre de Médecine de Lille et à tous mes anciens maîtres en remerciement des enseignement éclairés et de l'accueil bienveillant qu'ils m'ont toujours réservé, à M. le professeur Couvelaire qui a bien voulu me donner le sujet de cette thèse, dont toutes les observations ont été recueillies dans son beau service de la clinique Baudelocque et qui me fait l'honneur de la présider, à M. le Dr Vignes, accoucheur des hôpitaux et à M. le Dr Hidden, moniteur à la clinique Baudelocque qui m'ont fait profiter de toute leur expérience et m'ont guidé de leurs conseils dans la rédaction de ce travail.

PRÉLIMINAIRES

Grâce à l'obligeance de M. le professeur Pinard et de M. le professeur Couvelaire nous avons pu réunir des observations de kystes de l'ovaire compliquant la gestation, le travail et les suites de couches observées à la clinique Baudelocque de 1890 à 1914 (professeur Pinard), de 1914 à 1920 (professeur Couvelaire).

Nous avons ainsi étudié 36 observations dont un certain nombre ont déjà été publiées dans la thèse de Labouré (Paris 1910) inspirée par M. le professeur Pinard. Ces observations nous ont permis de tirer des conclusions sur la conduite qu'il convient de tenir à l'heure actuelle dans le traitement des kystes de l'ovaire, au cours de la gestation du travail et des suites de couches. Pour ce faire, nous nous sommes inspirés d'une leçon clinique de M. le professeur Couvelaire faite cette année pendant que nous étions stagiaire dans son service.

Nous rappellerons, dans un chapitre I les accidents que peut occasionner la présence du kyste de l'ovaire chez la femme en état de gestation ; dans un chapitre II, nous étudierons le diagnostic de

cette affection; dans un chapitre III, le traitement au cours des diverses périodes de la gestation, de l'accouchement et des suites de couches; dans un chapitre IV, les observations et enfin dans un chapitre V, les conclusions qu'a pu nous suggérer ce travail.

LES KYSTES DE L'OVAIRE

DANS LEURS RAPPORTS

AVEC LA GESTATION, L'ACCOUCHEMENT
ET LES SUITES DE COUCHES

CHAPITRE PREMIER

LE KYSTE DE L'OVAIRE PENDANT LA GESTATION, LE TRAVAIL, LES SUITES DE COUCHES.

Nous allons étudier successivement l'influence du kyste de l'ovaire chez la femme en état de gestation pendant les périodes de la gestation, du travail et des suites de couches, après avoir vu l'action que peut avoir ce kyste sur la fécondation

A) KYSTE DE L'OVAIRE ET FÉCONDATION

Une femme portant un kyste de l'ovaire peut devenir enceinte et nous voyons même des cas où elle peut avoir des gestations successives, quelle que soit la terminaison de ces gestations. L'observa-

tion XXIX de notre statistique est l'histoire d'une femme qui, après avoir eu plusieurs gestations normales, eut deux avortements successifs causés par un kyste de l'ovaire. M. le professeur Couvelaire a présenté le 21 juillet 1902 à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie l'observation d'une femme atteinte d'un kyste de l'ovaire qui eut trois gestations successives : le kyste fut ponctionné à la fin de la seconde gestation au moment du travail et la femme redevint enceinte une troisième fois.

Toutefois, l'existence d'une tumeur de l'ovaire diminue la fréquence des fécondations et on peut à juste titre considérer le kyste de l'ovaire comme une cause de stérilité chez certaines femmes, comme le dit Bethel-Salomons (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, mars 1920) et cet auteur affirme que l'ablation de la tumeur donne un regain de vitalité à l'autre ovaire et qu'il peut s'en suivre des gestations ultérieures. Cette action stérilisante du kyste de l'ovaire est particulièrement nette quand il s'agit d'un kyste bilatéral mais même dans ce cas, on peut voir l'existence d'une gestation (Obs. IV, et XXIII). Il faut signaler cependant que ces kystes d'un volume petit ou moyen lors de la fécondation ont pu brusquement augmenter de volume au cours des mois de la gestation.

B) KYSTE DE L'OVAIRE ET GESTATION

Nous étudierons d'abord l'influence du kyste sur la gestation ; nous verrons ensuite quelle peut être l'influence de la gestation sur le kyste.

1° Influence du kyste sur la gestation

a) Influence du kyste sur la situation de l'utérus.

— Lorsque la tumeur est de volume moyen, sans adhérences, elle ne gêne que fort peu le développement de l'utérus et la gestation peut suivre son cours normal particulièrement pendant les premiers mois. Cependant la tumeur ovarienne produit habituellement des déviations utérines qui peuvent intéresser le corps de l'utérus, le col, selon que la tumeur est abdominale ou pelvienne. L'utérus peut être dévié en avant de sorte que la présentation fasse saillie au-dessus du pubis ; il peut être refoulé en arrière produisant une rétroflexion de l'utérus dont les conséquences peuvent être graves dès le début de la gestation : soit une rétrodéviatiou qui ne peut disparaître que si on enlève la tumeur qui en est la cause et qui aboutit à l'enclavement de l'utérus gravide dans le petit bassin ou à l'avortement, soit au contraire une déviation réductible quand il s'agit d'une tumeur pédiculée mobile comme dans l'observation IX. La tumeur ovarienne produit habituellement aussi des

déviation latérale de l'utérus à droite ou à gauche, surtout dans le cas de kyste abdominal, sans qu'il se produise des conséquences sérieuses autres que des troubles de compression. Enfin, on a signalé dans quelques cas l'existence de prolapsus plus ou moins accentués de l'utérus gravide ; ces cas étaient particulièrement fréquents à la suite de volumineux kystes de l'ovaire siégeant dans l'abdomen.

b) *Le kyste peut être incriminé comme cause d'avortement ou d'accouchement prématuré.* — Le kyste de l'ovaire est une cause fréquente de l'interruption de la gestation et MM. Puech et Vanverts l'observent avec une moyenne de 12,5 0/0 ; un auteur américain de Lee l'évalue à 20 0/0. Ce fait peut être attribué soit aux déviations que la présence du kyste fait subir à l'utérus soit au volume du kyste qui gêne le développement de l'utérus gravide, soit encore aux adhérences qui unissent la tumeur à l'utérus et au petit bassin et empêchent ainsi l'expansion normale de la paroi utérine. D'autre part, le kyste peut être lui-même le siège de complications susceptibles de nuire à la gestation et que nous étudierons plus loin. Dans la statistique que nous publions, il y a 7 cas dans lesquels on n'a fait aucune intervention : sur ces cas, nous avons à signaler un avortement et deux accouchements prématurés. L'avortement se fait habituellement vers le troisième ou quatrième mois ; il peut se répéter plusieurs fois chez la même femme sans que l'on s'aperçoive de la cause qui ne sera

diagnostiquée que tardivement au cours d'une complication survenue dans le kyste.

Par contre il est des cas où la présence d'un kyste surtout pelvien gênant ou empêchant l'accommodation pelvienne à la fin de la gestation permettra à cette gestation de se développer complètement.

C'est ainsi que si nous examinons dans notre statistique le tableau des femmes opérées pendant le travail ou n'ayant subi aucune intervention, nous trouvons les chiffres suivants :

Obs. 25.	— 285 jours après les D. R.	K. pelvien
— 19.	— 286	K. pelvien
— 32.	— 286	K. abdominal
— 16.	— 288	K. pelvien
— 20.	— 290	K. pelvien
— 30.	— 293	K. abdominal
— 23.	— 302	K. pelvien
— 24.	— 305	K. pelvien

Il faut signaler cependant que notre statistique comporte un plus grand nombre de retards (6 sur 8) co-existant avec des kystes pelviens qu'avec des kystes adominaux.

c) *Le volume du kyste joint à celui de l'utérus gravide peut amener des troubles différents suivant que le kyste est abdominal ou pelvien.*— Kyste abdominal : dans les cas où la tumeur remonte très haut, le jeu du diaphragme et même des côtes peut être gêné d'où dyspnée et cyanose. La compression des uretères peut amener des phénomènes d'intoxication urinaire. Les varices, les hémorroïdes, l'œdème des extrémités méritent également une mention.

La compression de la vessie par les *kystes pelviens* amène assez souvent des envies fréquentes d'uriner et l'incontinence d'urine ; d'autres fois c'est du ténesme et de la dysurie. La constipation est fréquente par compression du rectum et gêne des phénomènes physiologiques de l'effort.

d) *Cachexie ovarienne*. — Dans certain cas, l'état général s'altère rapidement, la compression des divers segments du tube digestif jointe à la dyspepsie d'origine réflexe empêche la réparation des pertes incessantes de l'organisme. Toutes les autres compressions qui font souffrir la malade et la privent de sommeil contribuent à donner aux femmes ce faciès ovarien spécial.

2° Influence de la gestation sur le kyste

a) *Au cours de la gestation on observe quelquefois des augmentations de volume du kyste qui peuvent parfois être rapides et considérables*. — Certaines femmes ont depuis longtemps un kyste de l'ovaire insoupçonné qui se révèle au cours d'une gestation et qui prend un accroissement rapide. Il peut augmenter rapidement de volume après l'accouchement, mais le plus souvent le volume du kyste de l'ovaire reste stationnaire.

b) *La gestation peut être une cause de transformation du kyste en tumeur maligne*. — L'augmentation de volume des kystes au cours de la gestation peut

être quelquefois en rapport avec l'ébauche d'une transformation en tumeur maligne. Certains auteurs et en particulier Cernay, dans son rapport au Congrès de Rouen ont cru pouvoir affirmer cette théorie. Ribemont dit que « dans certains cas, le kyste peu volumineux avant la grossesse prend un volume assez considérable et peut même se transformer en tumeur maligne : il est bien difficile de déterminer quelle part revient à la grossesse dans la production de cette dégénérescence » (Edition 1914, p. 1016).

c) Quelques auteurs ont noté la coexistence de kystes de l'ovaire avec la *môle hydatiforme* ; il s'agit le plus souvent d'une dégénérescence polykystique des deux ovaires sans que l'on puisse dire quelle est l'affection primitive de la lésion ovarienne ou de la lésion ovulaire ; le sujet a été étudié par Damris dans sa thèse (Paris 1915) à propos d'une observation de M. Couvelaire qui pratiqua l'hystérectomie deux mois après l'expulsion d'une môle hydatiforme.

Les deux ovaires étaient kystiques ; dans la cavité utérine se développait un chorio-épithéliome.

d) *La torsion du pédicule du kyste de l'ovaire peut s'observer au cours de la gestation.* — M. Ribemont-Dessaignes donne les chiffres suivants : en dehors de la gestation 9 0/0, pendant la gestation 17 0/0. MM. Vanverts et Puech : en dehors de la gestation 5 à 14 0/0, pendant la gestation 17 0/0. Pour Terrillon : en dehors de la gestation 6 0/0 ; Pour Rokitsky, 13 0/0 ; pour Pozzi, 9 0/0. Tous ces auteurs

sont d'accord pour dire qu'elle est plus fréquente pendant la gestation. Thornton a vu la torsion cinq fois sur six kystes qu'il a opérés chez des femmes en état de gestation. Ce n'est pas tout à fait la conclusion qu'il faut admettre des cas que nous avons observés. Dans notre statistique de 27 cas ayant subi une intervention, nous avons deux cas nets de torsion du pédicule (observations 2 et 29) et un qui est douteux (observation 33) mais dans lequel il semblerait que les accidents aient débuté par un commencement de torsion, ce qui nous donne une proportion de 100/0.

La torsion est un accident des tumeurs mobiles et surtout de celles qui occupent la cavité abdominale. M. Pinard affirme qu'elle est fréquente entre le deuxième et le quatrième mois ; l'augmentation de volume de l'utérus au début de la gestation tendrait à mobiliser la tumeur et serait la cause de la torsion du pédicule.

M. Bouffe de Saint-Blaise déclare à la Société d'Obstétrique de Gynécologie et de Pédiatrie qu'elle est plus particulièrement un accident des suites de couches, et l'on conçoit bien que la diminution brusque du volume de l'utérus ait pu rendre sa mobilité à la tumeur et ait été une cause de torsion. L'ascension de la tumeur, la longueur du pédicule, le poids de la tumeur, sont autant de facteurs prédisposants. M. Vanverts et Puech soutiennent que ce sont les kystes de petit volume qui sont les plus mobiles et qui se tordent le plus souvent : il en existe, en effet, un dans notre statistique (obs. 29)

terminé par un avortement au troisième mois, qui confirme ces idées, mais il en est un autre assez surprenant pour que nous le fassions remarquer (obs. 2). Il s'agit d'un kyste très volumineux (8 litres de liquide) de nature mucoïde ; les accidents de torsion se manifestèrent la femme étant à terme et à l'opération, on constata seulement, une torsion d'un demi-tour. En regard de ces faits, certains auteurs déclarent que ce qui importe au point de vue du pronostic de ces lésions, ce n'est pas tant la rapidité plus ou moins grande avec laquelle elles se produisent que le degré d'étranglement qui en résulte. Les accidents sont quelquefois très rapides, mais on peut voir aussi des crises espacées de douleurs se répétant à plus ou moins long intervalle sans élévation de température, avec un peu d'augmentation de volume du ventre et de légers symptômes péritonéaux : c'est la torsion lente par opposition à ce qu'on peut appeler torsion brusque.

La torsion s'accompagnant toujours de phénomènes péritonéaux plus ou moins marqués même dans les cas légers où l'intervention n'a pas été nécessaire, aboutit à la formation d'adhérences étendues. La torsion peut enfin aboutir à la rupture. C'est donc un accident sérieux pouvant s'accompagner de phénomènes divers : formation d'adhérences dans les cas les moins graves ; hémorragies intrakystiques avec parfois des phénomènes de nécrose dans les cas graves. M. Bar a cité un cas s'accompagnant de thrombus vaginal et de sphacèle de la paroi

du kyste. Enfin, dans un grand nombre de cas, les phénomènes sont aigus et exigent une intervention immédiate.

e) *La rupture du kyste est peu fréquente pendant la période de gestation.* — Elle peut reconnaître des causes diverses. Nous venons de signaler la torsion comme une des causes principales ; c'est la cause que l'on rencontre le plus souvent au début de la gestation. Elle peut aussi être causée par des pressions de l'utérus. Cette cause est de beaucoup la plus fréquente à la fin de la gestation. MM. Vanverts et Puech signalent sa fréquence comme étant de 2,5 à 3 o/o ; nous n'en avons observé aucun cas dans notre statistique. Les symptômes peuvent être très variables : la mort peut être si rapide qu'elle semble due à une véritable intoxication des liquides morbides ; dans d'autres cas, on voit apparaître des symptômes de péritonite aiguë avec élévation brusque de la température et il est alors quelquefois possible de sauver la malade par une opération rapide (Morisson, *Edimb med. Journ.* 1886, p. 43). Le plus souvent, la malade éprouve une sensation particulière de défaillance, en même temps qu'une douleur vive et les phénomènes péritonéaux surviennent ensuite plus ou moins rapidement ; la sensibilité extrême et la mobilité de la tumeur commandent le diagnostic. La rupture peut se faire dans l'intestin et a lieu généralement dans le rectum ou le colon. L'estomac ou l'intestin grêle ont été le siège de l'évacuation dans des cas peu nombreux. La rup-

ture à l'extérieur par une éraillure de la paroi abdominale au-dessous ou au niveau de l'ombilic a été observée. La rupture par le vagin ou la vessie est exceptionnelle. Ces accidents s'observaient plus fréquemment autrefois soit à la suite d'une ponction du kyste, soit au cours d'une tentative de répulsion du kyste dans l'abdomen, soit encore consécutivement à une manœuvre d'extraction.

La rupture est un accident redoutable : M. Ribemont-Dessaignes indique que la mortalité dans ces cas est de 50 o/o.

f) *L'inflammation du kyste peut survenir soit à l'intérieur du kyste soit à sa surface extérieure.* — L'inflammation peut aboutir soit à la suppuration du kyste, soit à la formation d'adhérences. Il est assez difficile de préciser exactement la pathogénie de cette complication qui peut être le résultat d'une torsion, d'un traumatisme ou du tiraillement d'adhérences déjà constituées. L'inflammation se manifeste habituellement par des accès réguliers de fièvre intense avec frisson et sueurs s'accompagnant de douleurs vives et d'une altération rapide de l'état général. Dans d'autres cas, elle peut prendre une allure plus torpide et se manifester par des crises douloureuses espacées sans altération grave de l'état général.

L'inflammation aboutit à la formation d'adhérences : c'est une complication fréquente et qui peut avoir des conséquences graves. Les adhérences du kyste peuvent exister soit avec l'utérus lui-même,

soit avec les anses intestinales, soit avec le tissu cellulaire du bassin. Nous trouvons des adhérences avec l'utérus dans l'observation XIV : l'adhérence est tellement intime entre le kyste (dermoïde) et l'utérus qu'il a fallu enlever les deux pièces en bloc. Dans l'observation XXI on trouve des adhérences entre la tumeur et l'utérus mais beaucoup moins intimes, de sorte qu'il est possible de l'énucléer, après avoir pratiqué une opération césarienne conservatrice. Dans l'observation XXIV, on trouve une large bride entre la face postérieure de l'utérus et le kyste, mais cette adhérence peut être rompue et il est possible d'enlever le kyste sans toucher à l'utérus. On peut aussi trouver des adhérences avec l'intestin : dans l'observation XVI, le kyste adhère au rectum par des adhérences qu'il est heureusement assez facile de rompre ; dans l'observation XXII, la tumeur qui occupe tout le cul-de-sac de Douglas a contracté des adhérences avec l'épiploon et la portion transversale de l'anse sigmoïde : à l'opération on éprouve des difficultés pour libérer les anses intestinales et la décortication de la tumeur est dangereuse. Dans l'observation XXIII, nous trouvons également un kyste adhérent à l'anse sigmoïde. Ces adhérences avec l'intestin peuvent produire des accidents graves comme l'occlusion intestinale : M. Mouchet a présenté en 1901 à la Société Anatomique l'observation d'une femme au quatrième mois de la gestation opérée pour un kyste dermoïde de l'ovaire gauche, très volumineux, tordu, dont les adhérences enserraient l'intestin.

Enfin, le kyste abandonné à lui-même peut contracter des adhérences avec le tissu cellulaire du petit bassin de sorte qu'il devient comme enclavé, impossible à mobiliser : c'est le kyste que nous allons revoir au moment du travail où il produira les complications les plus graves.

Les kystes peuvent contracter des adhérences avec divers organes à la fois : M. Delbet a opéré un kyste qui « adhéraît partout aux organes de l'abdomen, kyste du ligament large qui refoulait le péritoine jusqu'à la dernière portion de l'iléon ».

L'inflammation du kyste peut donc avoir des conséquences plus ou moins graves suivant son intensité et la réaction péritonéale qu'elle produit. Quand elle aboutit à la suppuration intra-kystique, c'est un phénomène extrêmement grave pouvant causer une mort rapide.

C. — KYSTE DE L'OVAIRE PENDANT LE TRAVAIL

Les accidents produits par le kyste de l'ovaire au moment du travail varient suivant la situation du kyste : il faut distinguer les kystes abdominaux et les kystes pelviens.

a) KYSTES ABDOMINAUX

Accouchement spontané. — Ce sont les cas les moins défavorables et l'on peut dire que d'une façon générale (95 o/o) ils permettent l'accouchement

spontané. Dans la statistique que nous apportons, si l'on exclut les kystes qui ont été opérés préventivement, il reste 22 cas d'accouchements compliqués de kystes de l'ovaire et 7 cas qui se sont terminés sans intervention. Sur ces 7 cas, 4 sont des cas de kyste abdominal et la grande majorité des cas de kyste abdominal non opéré que nous produisons a permis l'accouchement spontané.

Complications. — Le kyste abdominal est susceptible de déterminer une obliquité utérine qui gêne dans l'engagement du fœtus. Il faut distinguer ici, entre les tumeurs qui sont de faible volume et par le fait même, d'une moindre importance et celles qui sont d'un volume considérable pouvant gêner par leur masse. Le siège de la tumeur peut avoir aussi une certaine influence : Les complications viennent de ce fait que le kyste est prævia et qu'il met obstacle à l'engagement et à l'expulsion.

La tumeur abdominale est susceptible de gêner l'accommodation du fœtus et de créer des présentations vicieuses : face, front, épaule, siège. Notre statistique présente deux cas de présentation du siège (n^{os} 30 et 31).

Du fait de la distension de l'abdomen par la présence de l'utérus et de la tumeur, il se produit des anomalies de l'effort expulsif et des applications de forceps plus fréquentes qu'en temps ordinaire. On conçoit que la paroi abdominale dilatée au maximum par la présence de l'utérus et de la tumeur ne puisse, au moment du travail, remplir d'une façon normale,

la besogne qui lui est dévolue. L'expulsion ne se faisant pas ou nécessitant des efforts par trop prolongés, on est fréquemment obligé, dans ces cas, de terminer l'accouchement par une intervention d'extraction.

b) KYSTES PELVIENS

Accouchement spontané. — Il arrive très rarement, il est vrai, (1 cas dans notre statistique, obs. XXVII) que l'on rencontre l'éventualité heureuse d'un accouchement spontané. Ces cas peuvent être la conséquence, soit de la petitesse du kyste et Tarnier déclare qu'un kyste du volume d'un œuf permet le passage de l'enfant, soit encore de la petitesse de l'enfant. Enfin, on admet la possibilité de réduction d'un kyste suffisamment mobile et la production de l'accouchement après une sorte de laminage du kyste. Dans le cas particulier, nous avons eu affaire à un accouchement prématuré avec enfant ne pesant que 1.770 grammes. Mais ces faits sont très rares, et ne se rencontrent guère que dans 5 o/o des cas. Il ne faut pas compter sur la réascension spontanée du kyste au moment du travail.

Complications. — Les kystes pelviens amènent des complications menaçant, non seulement la vie de l'enfant, mais encore l'existence de la mère, si l'on n'intervient pas à propos ou si l'on fait quelques manœuvres intempestives. Dans la grande majorité des cas, le kyste constitue un obstacle absolu à

l'accouchement et ce que l'on voit habituellement — ou plutôt ce que l'on voyait autrefois — c'est un début de travail normal : la dilatation se fait peu, la tête ne progresse pas, arrêtée par l'obstacle infranchissable qui lui barre la route : on peut alors voir survenir plusieurs éventualités.

Du côté de l'utérus. — Deux cas : les contractions utérines continuent d'être actives ; il se produit une rupture utérine dans toute sa gravité. MM. Vanverts et Puech ont recueilli 23 cas de rupture utérine, presque tous d'ailleurs chez des multipares.

Les contractions utérines se relâchent peu à peu et finalement cessent : il y a un arrêt complet consécutif à une période de travail prolongée d'une façon excessive. L'enfant meurt et il faut craindre la putréfaction avec toutes ses conséquences.

Du côté du kyste. — On peut observer la rupture du kyste : cet accident était plus fréquent autrefois quand on tentait de refouler le kyste et de le transformer en kyste abdominal. Remy en cite un exemple remarquable emprunté à Fischel (*Centralblatt für Gynaek*, 1882, p. 215).

L'expulsion du kyste au-devant la tête fœtale soit par le vagin, soit par l'anus, est exceptionnelle. Elle a lieu le plus souvent à l'occasion de manœuvres intempestives ; Erich Wolff cite l'exemple suivant dans *Deutsche Medizinische wochenschrift*, 1910, n° 4 « appelé pour un accouchement difficile Wolff se rendit compte qu'il s'agissait d'une présentation transversale de type dorso-antérieur. Pendant l'exa-

men il arriva sur un pied et en profita pour faire une version podalique qui lui permit d'extraire l'enfant. A peine la tête sortie, apparut à sa place une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, retenue dans la profondeur par un gros pédicule renfermant de nombreux vaisseaux artériels et veineux. Comme l'utérus s'était rétracté fortement, l'origine de cette masse devait être recherchée en dehors de la matrice; elle avait son point de départ dans le Douglas, M. Wolff prit le parti d'enlever la tumeur; pour cela il ligatura sérieusement le pédicule et pratiqua la section à ce niveau, puis le moignon fut rentré dans le Douglas et l'on appliqua par-dessus un tamponnement à la gaze iodoformée. Il s'agissait d'un kyste de l'ovaire qui avait fait saillie dans le canal vaginal à la suite d'une rupture de la paroi postérieure du vagin sur l'influence de la forte compression exercée par la tête, soit au moment de la version, soit au moment du passage ».

M. Michaelis cite un cas analogue dans *Centralblatt für Gynaek*, 24 janvier 1914 (Résumé) Il-pare de vingt-trois ans, application de forceps au bout de vingt-quatre heures de travail, pour immobilité de la tête fœtale : Pas de succès. Nouvelle application à l'hôpital sur la tête fixée au détroit supérieur : au cours des tractions une tumeur kystique pédiculée de l'ovaire fit issue par l'anus, l'enfant fut alors extrait facilement; la femme mourut d'abcès rétro-utérin, sans péritonite généralisée.

D. — KYSTE DE L'OVAIRE ET DÉLIVRANCE

Il est exceptionnel d'observer des accidents de la délivrance. Dans l'observation XVII, où il s'agit d'un cas qui a été traité, on constate une hémorragie de la délivrance, mais il ne faut pas l'imputer au kyste de l'ovaire, mais plutôt à l'intervention que l'on venait de pratiquer.

Quelques auteurs ont signalé que la présence d'un kyste de l'ovaire pouvait être un obstacle à l'expulsion du placenta normalement décollé, sans qu'il se produise toutefois d'accident sérieux : Il est difficile d'admettre que le placenta ait peine à passer là où vient de passer le fœtus tout entier et de tels accidents ne présentent en général aucune gravité.

E. — KYSTE DE L'OVAIRE ET SUITE DE COUCHES

Pendant les suites de couches, le kyste de l'ovaire peut être également le siège ou la cause d'accidents graves :

1° *Du fait de la diminution brusque du volume du contenu du ventre après l'accouchement, le kyste, particulièrement le kyste abdominal, est exposé à une complication grave : la torsion.* — Le kyste qui était comprimé de toutes parts dans l'abdomen a reconquis en quelque sorte une partie de sa liberté, et les mouvements qu'il peut exécuter sur son pédicule peuvent être beaucoup plus accentués. En outre, la

réduction de volume de l'utérus, dans le cas d'adhérences entre l'utérus et le kyste, prédispose davantage encore aux mêmes accidents. La torsion peut être légère ou complète ; elle peut être suivie, soit de rupture, soit d'hémorragie intra-kystique, soit enfin de sphacèle du kyste et d'infection de la poche.

2° *Le kyste est susceptible de se rompre.* — La rupture du kyste peut être une conséquence de la torsion ou d'une augmentation de la pression intra-kystique par l'hémorragie. En outre, au moment de l'involution utérine, le kyste est tirailé de tous côtés, sa circulation est gênée, il se produit des lésions de sa paroi et la rupture peut avoir lieu.

3° *La suppuration du kyste est possible.* — La suppuration du kyste dans les suites de couches, se rencontre deux fois dans notre statistique. Nous la voyons d'abord dans un kyste qui a été ponctionné (obs. XXV) et nous nous hâtons de dire que c'est devenu un cas rare et que l'on ne ponctionne plus le kyste. Pendant les premiers jours la femme eut des suites normales, puis elle éprouva des douleurs violentes ; un mois après l'accouchement on vit se vider par l'ombilic un abcès énorme : suppuration du kyste. Etat de la malade extrêmement grave. Collapsus. La malade guérit cependant après avoir fait en outre une phlébite.

Le second cas est celui d'une femme qui accoucha spontanément à terme sans que le kyste fut diagnostiqué et sans qu'il gênât pour l'accouchement. Huit jours après, pendant la nuit apparaissaient les dou-

leurs se répétant le lendemain pendant toute la journée et aboutissant à la mort de la femme malgré une opération d'urgence (obs. XXXIV).

4° *Le kyste peut augmenter rapidement de volume.* — Enfin les kystes de l'ovaire peuvent être, sous l'influence de causes encore mal connues, le siège de poussées évolutives après l'accouchement et subir une augmentation de volume parfois très rapide (obs. XXVI).

5° *Le kyste peut gêner l'involution utérine.* — Enfin, la tumeur ovarienne peut être un obstacle à l'involution utérine normale. L'utérus tirailé par ses adhérences avec le kyste peut être le siège d'hémorragies parfois abondantes; en outre, dévié de sa position normale par la tumeur, l'évacuation des lochies se fait mal et ce fait peut favoriser l'apparition de l'infection utérine.

M. Bouffe de Saint-Blaise dit à la Société d'obstétrique de gynécologie et de pédiatrie le 8 novembre 1919 « tous les processus de torsion ont leur moment d'élection pendant les suites de couches; à ce moment, les torsions sont de beaucoup plus fréquentes » MM. Vanverts et Puech admettent que dans 37,5 0/0 des cas, les suites de couches sont pathologiques. Il semble donc résulter de ces observations et de ces statistiques, la nécessité d'une intervention opératoire rapide pour éviter la production de tels accidents.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC

A. — PENDANT LA GESTATION

Il importe de faire le diagnostic le plus précocement possible car on s'oriente de plus en plus vers des interventions précoces.

1. Diagnostic positif : Y a-t-il coexistence de gestation et de kyste ?

Il s'agit de reconnaître la coexistence d'un utérus gravide et d'un kyste de l'ovaire ; il est important de faire ce diagnostic dès les premiers mois de la gestation. Nous ne voulons pas répéter les signes de la gestation : il faudra les rechercher méthodiquement.

C'est en faisant le palper combiné au toucher que l'on trouvera une tumeur juxtaposée à l'utérus ; l'erreur que l'on peut commettre c'est de prendre ces tumeurs pour une seule et de méconnaître soit la gestation, soit le kyste.

On peut méconnaître la gestation. — Le kyste peut au début de la gestation, masquer complètement

l'utérus gravide particulièrement quand c'est un kyste ancien et volumineux. M. Pinard insiste sur un signe capital qui doit être recherché dans tout examen gynécologique particulièrement chez une femme qui est en âge d'être enceinte : les modifications des règles chez une femme jusque-là régulièrement réglée. L'erreur sera facile à éviter si on pense que l'on peut la commettre. Cependant dans certains cas, cela devient très difficile et il y a dans la thèse de Remy une observation de Heydenreiche de kyste de l'ovaire situé devant un utérus gravide de six à sept mois et le masquant complètement : la gestation n'a été reconnue qu'après la ponction.

L'existence du kyste peut être méconnue. — Il arrivera plus souvent de méconnaître le kyste, l'utérus attirant à lui toute l'attention : cela se produit dans 2 cas, soit que le kyste soit très petit et qu'il n'apporte aucun trouble fonctionnel apparent, soit au contraire que la femme se présente avec un abdomen considérablement augmenté de volume et qu'on fasse le diagnostic d'hydramnios en négligeant un kyste multiloculaire à configuration régulière. Dans l'une de nos observations (obs. XXXIV), l'existence d'un kyste de l'ovaire fût méconnue jusqu'après le travail et on fit successivement les diagnostics d'hydramnios et de gestation gémellaire. Il est possible de méconnaître une gestation gémellaire et de chercher un kyste ou au contraire de prendre le kyste pour un troisième pôle et croire ainsi à une gestation

gémellaire : cette erreur disparaîtra le plus souvent à un examen approfondi.

Si on soupçonne l'hydramnios on fera bien de mettre la femme couchée au lit et soumise au régime lacté : l'hydramnios diminue habituellement dans ce cas et rend la palpation plus facile ; si la tension du ventre ne cède pas au traitement, il faudra le palper pendant une contraction utérine et on constatera qu'une région du ventre n'est pas intéressée par cette contraction. Ces deux signes : pas d'amélioration par le traitement et zone non modifiée pendant les contractions utérines devront faire penser à la présence d'un kyste.

Ce que nous venons de dire concerne plus particulièrement le kyste abdominal, l'erreur est plus facile à éviter pour le kyste pelvien. Si on examine systématiquement toute femme qui vient à la consultation, on reconnaîtra par le toucher la tumeur pelvienne à la fois par l'ascension qu'elle fait subir au col et par ses signes propres. On devra toujours également pratiquer le toucher rectal qui dans ce cas prend presque autant d'importance que le toucher vaginal.

2. Diagnostic différentiel : La tumeur reconnue est-elle un kyste de l'ovaire ?

Admettons qu'on ait reconnue la coexistence d'un utérus gravide et d'une tumeur, il s'agit de reconnaître que cette tumeur est un kyste de l'ovaire et

d'éliminer les causes d'erreurs qui peuvent se présenter.

Le premier point est de préciser l'utérus. On le reconnaît à sa continuité avec le col appréciée par les mouvements imprimés, à sa consistance, à son volume en rapport avec la date des dernières règles, aux contractions utérines si par hasard il s'en produit au moment de l'examen ; puis quand la gestation avance, aux signes de certitude fournis par le fœtus ; enfin dans une période ultime, la palpation permettra de reconnaître les parties fœtales.

Le deuxième point sera de reconnaître la nature du kyste et de le distinguer des autres tumeurs qui peuvent se trouver dans la cavité abdominale.

On peut confondre le kyste de l'ovaire avec un fibrome. Voici les signes qui permettront d'établir le diagnostic. C'est l'erreur la plus fréquente : elle est importante car il ne faut pas opérer le fibrome pendant la gestation sauf indications d'urgence et nous concluons en disant qu'il faut opérer le kyste.

Fibrome

Pas de sillon de séparation sauf dans le cas de fibrome pédiculé.

Les mouvements imprimés à la tumeur se transmettent au col et les mouvements imprimés par le toucher à l'utérus se transmettent à la tumeur.

Kyste de l'ovaire

Existence d'un sillon de séparation entre l'utérus et la tumeur qui peut être vu à jour frisant sur l'abdomen, perçu par le palper, senti par le toucher.

Pas de transmission des mouvements.

Fibrome

La tumeur peut se modifier au moment des contractions utérines suivant les mouvements de l'utérus gravide, et éprouver elle-même un durcissement au moment des contractions.

Le fibrome se ramollit souvent sous l'influence de la gestation.

Commémoratifs : métrorragies, ménorragies, âge, etc...

Kyste de l'ovaire

Le kyste ne présente pas de contractions.

Le kyste est souvent très tendu.

Pas d'hémorragies, existence du kyste souvent insoupçonnée.

On pourra avoir à faire également le diagnostic différentiel avec une gestation ectopique particulièrement pendant les premiers mois de la gestation, dans le cas de kyste abdominal pas très volumineux.

Gestation ectopique

Gestation ectopique non compliquée :

Existence d'une tumeur juxta-utérine se développant dans des proportions en rapport avec la date des dernières règles.

Hématosalpinx : commémoratifs, existence de douleurs, de phénomènes péritonéaux et expulsion de fragments de caduque utérine.

Rupture de gestation ectopique avec inondation péritonéale : phénomènes syncopaux, signes d'hémorragie (pâleur, décoloration des muqueuses, faiblesse et fréquence du pouls).

Kyste de l'ovaire

Développement de la tumeur irrégulier et sans aucun rapport avec l'âge de la gestation,

Pas de douleurs ni de phénomènes péritonéaux, sauf en cas de complications.

Torsion brusque d'un kyste de l'ovaire : les signes sont ceux d'une péritonite aiguë (douleur vive, pouls accéléré, facies grippé, nausées, vomissements).

On devra encore faire le diagnostic avec la rétroflexion de l'utérus gravide.

*Rétroflexion de l'utérus
gravide*

Troubles urinaires fréquents et importants surtout après deux mois et demi.

Au toucher, on sent l'angle formé par le corps de l'utérus avec le coelotrien là où on devrait trouver le fond de l'utérus.

Le fond rétrofléchi a quelquefois des contractions utérines.

Il n'y a pas d'autre tumeur dans le bassin, et l'impulsion donnée au col se transmet à la tumeur.

On peut distinguer les parties fœtales.

Gestation avec kyste de l'ovaire

Pas de troubles urinaires.

La main abdominale trouve le fond de l'utérus.

Pas de contractions de la tumeur.

On constate en dehors de la tumeur la présence de l'utérus gravide et cet utérus peut être mû indépendamment de la tumeur.

Pas de parties fœtales.

Voici les diagnostics importants ; signalons cependant d'autres erreurs qui peuvent se commettre.

Kystes de nature autre qu'un kyste de l'ovaire :

Kyste hydatique du foie	{	La localisation de ces kystes et surtout la constatation des troubles particuliers qu'ils amènent, aideront à en faire le diagnostic.
Kyste de la rate		
Kyste du mésentère		
Kyste du ligament large		

Certaines affections rénales :

Ptose rénale	{	Dans ces cas, la tumeur siège surtout en arrière; elle est influencée par la respiration dans la position couchée; elle provoque des troubles de la fonction urinaire et cause des douleurs qu'il suffit de rechercher.
Rein polykystique		
Hydronéphrose		

Autres lésions des annexes :

Hydrosalpinx	{	Ont rarement un volume suffisant pour créer une dystorie et en imposer pour un kyste.
Salpingo - ovarite		

Tumeurs d'origine osseuse (colonne vertébrale, pelvis) : rares, toucher rectal.

B. — PENDANT LE TRAVAIL

On fera le diagnostic des kystes abdominaux en se rappelant les accidents qu'ils provoquent et leurs caractères que nous avons indiqués au chapitre précédent.

Les tumeurs incarcérées dans le pelvis pendant le travail sont très facilement découvertes, mais leur nature et origine ne sont pas aussi facilement déterminées. Si la femme est vue à ce moment pour la première fois, il faudra faire les diagnostics que nous venons d'indiquer.

Un kyste de l'ovaire a pu déjà être pris pour la tête d'un second fœtus, pour un fibrome, pour un rectum rempli de matières : un examen plus approfondi permettra d'éviter ces difficultés.

C. — APRÈS L'ACCOUCHEMENT

On peut découvrir un kyste qui a pu passer inaperçu et ne pas gêner l'accouchement ; il est cependant important de le diagnostiquer. C'est plus facile que pendant la gestation ou le travail, mais il faut se rappeler toutefois, que la vessie pleine peut à première vue, en imposer pour une tumeur. La rétention est en effet un petit accident fréquent dans les premières journées d'une accouchée, et il suffira de sonder pour être renseigné et faire disparaître le trouble.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Suivant le plan adopté jusqu'ici, nous étudierons la conduite à tenir pendant la gestation, pendant le travail et après l'accouchement.

A. — PENDANT LA GESTATION

On peut distinguer un premier cas : Celui où il survient des accidents qui exigent une intervention. Dans les observations que nous apportons, il est trois cas de ce genre. Dans les observations II et VII, les accidents que présente la femme sont d'ordre général ; c'est un développement excessif du ventre occasionnant des douleurs, un état dyspnéique, une gêne circulatoire qui retentit sur tout l'organisme ; il y a association des troubles produits par le kyste et des troubles que peut engendrer la gestation. L'hésitation n'est plus permise à l'heure actuelle ; il ne saurait être question, en pareil cas, de produire un avortement thérapeutique. L'opération pratiquée consiste en l'ablation du kyste et vise à respecter l'uté-

rus et à lui donner plus de « confort » si on peut ainsi s'exprimer. Dans les deux cas qui nous intéressent, l'opération a été suivie d'accouchement prématuré, un mois et deux mois après. On ne peut affirmer qu'elle en soit la cause ; il semble plus logique de supposer qu'elle a, au contraire, accordé un délai plus long à la gestation, enfin elle a permis d'avoir deux enfants vivants, quoique prématurés.

Dans le troisième cas (obs. VIII) l'indication est un peu différente : l'opération a été entreprise au troisième mois de la gestation parce que la femme avait de petites hémorragies et qu'elle était entrée à la clinique dans la crainte d'un avortement. Nous ne savons malheureusement pas les résultats éloignés de cette intervention, mais du moins, nous pouvons dire que la femme quittait la clinique vingt-deux jours après son opération, bien remise et ne présentant plus d'hémorragies ni de signes de menace d'avortement.

En dehors de ces cas où l'intervention est rendue en quelque sorte obligatoire, peut-on adopter une règle générale pour le *traitement du kyste de l'ovaire pendant la gestation*? Il ne faudra pas oublier d'abord que la gestation n'est pas toujours surveillée dès le début et ensuite que le diagnostic peut être fait d'une façon tardive, car il n'est pas rare qu'un kyste petit ou moyen et qui ne présente pas de troubles, évolue et ne soit reconnu que tardivement. Nous devons donc distinguer : 1° cas où l'on a diagnostiqué le

kyste au début de la gestation ; 2^o cas où on a à le traiter à la fin de la gestation.

1^o **Début de la gestation.** — *Au début de la gestation, le traitement de choix c'est l'ovariotomie.* — Le début de la gestation est la période de choix et il n'y a pas lieu, à ce moment, de distinguer entre les kystes pelviens et les kystes abdominaux : le but est d'extirper la tumeur et de laisser évoluer la gestation.

Cette opération est-elle possible sans entraîner de conséquences graves et en particulier, ne provoque-t-elle pas l'avortement ? Pour répondre à cette question, examinons les diverses statistiques qui donnent le nombre d'avortements provoqués par l'opération et ceux qui se font spontanément dans les gestations compliquées de kyste de l'ovaire. M. Ribemont-Dessaignes évolue à 20 0/0 le nombre des avortements produits par le kyste de l'ovaire ; un auteur américain, de Lee, donne le même chiffre ; Vanverts et Puech donnent une moyenne de 12,5 0/0. Parmi les 7 cas non traités que nous avons dans notre statistique, il y a une femme qui a eu deux avortements paraissant causés par un kyste de l'ovaire et deux autres ont eu un accouchement prématuré. Si l'on compare ces chiffres à celui des femmes qui ont été opérées pendant la période de choix, c'est-à-dire pendant la première période de la gestation, nous trouvons les chiffres suivants : d'après Puech et Vanverts 1/10 pendant les quatre premiers mois, 1/5 pendant le cinquième mois. Dans les 12 cas de notre statistique qui ont été opérés au cours de la

gestation, il y eut trois avortements consécutifs, soit une moyenne de 25 o/o. Le nombre d'avortements consécutifs à l'opération préventive est donc à peine supérieur à celui que l'on observe dans les cas où l'on n'intervient pas et la gravité des accidents susceptibles de se produire au cours du travail commande de façon impérieuse qu'on les prévienne.

L'opération consiste en l'ovariotomie. — De nos jours, c'est une opération qui paraît simple et qui ne comporte aucune suite fâcheuse pour la mère. Depuis que Remy a fait sa thèse d'agrégation en 1886, la chirurgie a fait d'énormes progrès et les méthodes d'asepsie parfaite sont devenues courantes. A cette époque on pouvait accuser une mortalité maternelle de 19 o/o et une mortalité fœtale de 50 o/o; on n'observe plus d'accidents à l'heure actuelle et le seul cas de mort que l'on trouve dans notre statistique est due à une complication ultérieure (Congestion pulmonaire). La règle établie en 1900 par M. Pinard « tout kyste de l'ovaire diagnostiqué pendant la gestation doit être enlevé » sera appliquée plus qu'à aucun autre moment pendant la première moitié de gestation.

Quel est le moment de choix pour l'intervention?
L'ovariotomie doit être pratiquée le plus tôt possible. Les auteurs ont émis différents avis à ce sujet : En 1904, MM. Lepage, Audebert « protestent contre cette croyance que les chirurgiens du monde entier s'accordent unanimement à préconiser dans les kys-

tes de l'ovaire compliquant la gestation l'ovariotomie toujours immédiate... L'expectation a pour but en reculant l'opération à une date plus rapprochée du terme de la gestation d'augmenter les chances de vitalité de l'enfant. » En janvier 1905, la discussion continue à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie et M. Pinard formule la règle suivante ». Quand un kyste de l'ovaire est diagnostiqué pendant la première moitié de la gestation, il faut intervenir, pour ce qui est de la deuxième moitié de la gestation, la crainte des accidents suffit encore à légitimer l'intervention, d'autant plus que les accidents peuvent eux-mêmes être une cause d'interruption de la gestation ». Coudert (Thèse Paris 1904) conclut à l'ovariotomie pratiquée le plus tôt possible dès que le diagnostic est posé. Enfin, il faut noter que quelle que soit la durée de l'attente, le kyste est toujours exposé à des complications sérieuses et le fait de remettre à la fin de la gestation, l'intervention nécessitée par un kyste diagnostiqué au début, outre qu'il expose la femme aux accidents les plus graves, peut être opposé au but qu'on s'assignait et être une cause d'avortement ou de mort du fœtus. Nous aurons donc tendance à conclure que l'ovariotomie doit être pratiquée le plus tôt possible.

Ce que nous venons de dire s'applique aux kystes abdominaux mais est encore plus vrai pour les kystes pelviens. La fréquence des accidents que l'on observe au cours du travail, la gravité des opérations que l'on a tentées à ce moment, le danger que

courent à la fois l'enfant et la mère, sont autant de raisons qui commandent l'opération prophylactique. L'opération est la même que dans le cas précédent, c'est l'ovariotomie abdominale qui est la méthode de choix, la méthode la moins aveugle et la plus sûre. Le moment de choix pour l'intervention est le même : elle devra être pratiquée le plus tôt possible.

Les tumeurs ovariennes bilatérales doivent être traitées de la même façon. On sait le rôle du corps jaune dans la nidation de l'œuf, on sait d'autre part, le rôle de sa destruction expérimentale dans la genèse de l'avortement. Sur quoi sont établies ces données ? C'est principalement sur les expériences de Ansel et Bouin qui ont montré que si on détruit le corps jaune de la lapine quatorze jours avant la fin de la gestation, on détermine l'avortement ; quatorze jours c'est la moitié de la durée moyenne de la gestation chez la lapine : devons-nous dire, par conséquent, que l'avortement sera inévitable si on supprime le corps jaune avant quatre mois et demi chez la femme : Il n'en est rien, les faits cités dans le travail de MM. Couvelaire et Grosse de Nantes (Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 7 juillet 1919) le montrent bien. M. Grosse a réuni 51 cas d'ovariotomie double chez la femme enceinte avec seulement 13 o/o d'interruption de la gestation et il cite des accouchements à terme après avoir des ovariectomies doubles à la septième semaine (Brothers) au deuxième mois (Kustner, Sutton, Doléris)

au troisième mois (Bantock). Que devons-nous en conclure ? C'est que si le corps jaune exerce son action chez la lapine pendant quatorze jours, nous ne connaissons pas la durée de son action protectrice chez la femme. Peut-être d'autres facteurs interviennent-ils ? M. Vignes nous a signalé à ce sujet, une hypothèse : le quatorzième jour chez la lapine c'est le moment où l'allantoïde remanie le chorion primitif pour constituer le chorion définitif ; ce remaniement dans l'espèce humaine ne serait pas plus tardif (Ahfeld onzième jour) et il est possible qu'à ce moment l'action protectrice du corps jaune maternel soit suppléée par l'activité propre du chorion à se fixer dans la muqueuse utérine.

Grosse conclut de son travail. « La gestation est interrompue surtout au cours des trois premiers mois ; on peut donc dire que l'ablation du corps jaune au début de la gestation peut entraîner l'avortement sans que cet accident soit fatal ; il semble donc indiqué d'attendre le quatrième mois pour pratiquer l'ovariotomie dans ce cas ». On pourra objecter à cette théorie qu'il est très difficile de diagnostiquer un kyste bilatéral et qu'il semble indiqué de s'en tenir aux conclusions précédentes.

Fin de la gestation. — *Dans la seconde moitié de la gestation, l'opération expose à l'accouchement prématuré.* — Les difficultés sont en effet plus grandes en ce moment : l'utérus est souvent très volumineux, surdistendu par le liquide amniotique, le kyste est parfois difficilement énucléable, son pédicule peut

être difficile à trouver et on s'expose à des hémorragies ; les adhérences que peuvent contracter l'utérus et le kyste, soit entr'eux, soit avec les organes du voisinage aggravent encore ce risque.

Sans donc exposer la mère davantage on a plus de chances de préserver l'enfant en attendant : les accoucheurs préfèrent temporiser pour la plupart et attendent, certains le début du travail, d'autres les jours qui précèdent le terme présumé de la gestation. Pendant cette attente, il est indispensable que la femme soit mise en surveillance, soit dans un hôpital, soit dans une clinique, il peut se produire pendant cette période un accident exigeant l'intervention immédiate et il faut que la femme soit dans des conditions telles qu'elle puisse être secourue d'urgence.

B. — PENDANT LE TRAVAIL

Nous avons vu que les accidents produits au cours du travail varient suivant que les kystes sont abdominaux ou pelviens. La conduite à tenir devra donc différer :

Dans les kystes abdominaux. — *L'accouchement peut se faire dans la plupart des cas.* — Les troubles produits sont particulièrement des viciations de la présentation : il faudra donc surveiller la femme et recourir aux moyens obstétricaux variables suivant les circonstances : version, s'il n'y a pas d'engagement, forceps si l'engagement se fait et que

la femme pousse mal. Toutefois, nous avons vu que les risques de mortalité infantile sont très grands et il pourra arriver qu'une femme âgée primipare ayant grand désir d'avoir un enfant demande de faire tout ce qui est possible pour cela ; d'autre part, les manœuvres comme la version en cas de non engagement de la tête exigent une grande prudence car elles exposent à la rupture du kyste. Il y aura donc des cas — cas d'exception il est vrai — où l'on pourra, au début du travail, entreprendre une opération pour kyste abdominal. Enfin, on peut rencontrer des cas complexes nécessitant une intervention comme dans l'observation XIV où en même temps qu'un très volumineux kyste de l'ovaire, il existait une cicatrice adhérente de l'utérus consécutive à une rupture utérine antérieure.

2. Dans les kystes pelviens. — *Le kyste empêche l'accouchement.* — Nous n'avons qu'un cas d'accouchement prématuré (fœtus de 1.770 grammes) (obs. 27) dans lequel l'intervention a été inutile. Il ne faut pas espérer et attendre la réduction spontanée d'une tumeur qui est habituellement enclavée dans le petit bassin et qui se trouve au-devant de la tête : Il faut intervenir. Comment ? Disons de suite, bénéficiant de toute l'expérience acquise par nos maîtres qu'il y a des choses qu'il faut faire et d'autres qu'il ne faut plus faire.

a) Ce qu'il ne faut plus faire. — Avant les opérations radicales qui sont à notre portée maintenant et dont la technique a été bien précisée on recourait

à d'autres tentatives. On peut s'en convaincre en lisant la thèse de Rémy (1886) ;

Il ne faut plus faire d'accouchement forcé. — L'accouchement forcé est un moyen depuis longtemps condamné, très dangereux et abandonné par tous.

Il ne faut pas tenter le refoulement. — Le refoulement exécuté de façon prudente a paru à certains une méthode simple, facile, à la portée de tous les praticiens. On a même conseillé de le pratiquer sous anesthésie. Nous avons dans notre statistique un cas (obs. 33) où on tenta le refoulement ; la manœuvre réussit et permit l'accouchement spontané : c'est un cas d'exception. C'est en réalité une méthode très imprudente et elle ne paraît pas anodine, s'il y a lieu de la faire sous anesthésie : elle expose à la rupture quand la mobilisation de la tumeur est possible ; le plus souvent elle n'est pas couronnée de succès ; les manœuvres obstétricales, forceps, version, produisent des accidents que nous avons déjà cités. Il faut recourir à la chirurgie pour supprimer l'obstacle ; l'intervention chirurgicale peut elle être limitée ?

Malgré quelques exceptions heureuses, il ne faut pas faire de ponction. — On a vu la ponction avoir des résultats heureux et M. Couvelaire a publié, le 21 juillet 1902, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, l'observation d'une femme qui fut ponctionnée au cours du travail par M. Porak pour kyste de l'ovaire et à qui l'on retira 460 grammes de liquide clair. L'accouchement se termina par l'expulsion d'un enfant mort, les suites de couches furent nor-

males et quinze jours après on ne put retrouver trace de la tumeur. La femme redevint enceinte l'année suivante et accoucha spontanément. Trois ans après, cette femme revint à la clinique et y fut opérée d'un kyste de l'ovaire qui fut enlevé sans incident (observation 26 bis).

C'est là un fait d'exception, le cas de l'observation XXV est plus fréquent : un kyste (pelvien) fut ponctionné au cours de ce travail, par la voie vaginale, puis l'orifice fut élargi au moyen d'une incision du cul-de sac postérieur ; l'accouchement se fit spontanément mais les suites opératoires furent extrêmement graves : le kyste (dermoïde) s'infecta, la femme faillit mourir et ne se rétablit que très difficilement.

Les kystes pelviens sont fréquemment des kystes de nature dermoïde et leur contenu souvent septique peut être une cause d'infection dans le cas de ponction.

Il ne faut pas inciser le kyste par voie vaginale. — Cette opération doit être rejetée également pour les risques d'infection qu'elle comporte et les dangers qu'elle fait courir à la femme.

Il ne faut pas faire d'ovariotomie par voie vaginale. — Cette opération a été préconisée par Dührsen (*Revue de Chirurgie*, 1910, p. 1.225) ; elle est suivie de césarienne vaginale.

Toutes ces méthodes de chirurgie par voie vaginale doivent céder le pas à la méthode radicale par voie abdominale que nous allons exposer.

b) Ce qu'il faut faire. — La plupart des auteurs

font une opération césarienne, puis une ovariectomie et si au point de vue technique il y a nécessité, l'hystérectomie. Nous avons dans notre statistique, deux cas de ce genre (observations XIX et XXI). Dans l'observation XXI le résultat était parfait pour la mère et pour l'enfant, dans l'observation XIX, l'enfant est mort d'imperforation de l'anus deux jours après, la mère elle-même est morte de péritonite diffuse quatre jours après, affection probablement consécutive à la rupture d'une des poches que l'on a trouvée rompue dès l'ouverture de l'abdomen.

C'est la méthode la plus simple au point de vue opératoire. Cependant elle comporte pour l'utérus qui aura ultérieurement à fournir des gestations et des parturitions une diminution de valeur qui pour être habituellement minime n'en est pas moins dans certains cas réelle. Les risques éventuels, exceptionnels mais certains doivent nous inviter si possible à intervenir sur le kyste en respectant l'utérus.

Toutes les fois que la chose est au point de vue technique réalisable M. Couvelaire conseille d'enlever le kyste et de laisser accoucher la femme par les voies naturelles, quitte à supprimer la période d'expulsion par une application de forceps.

M. Couvelaire a publié deux opérations de ce genre dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, mai 1912. A cette occasion, il donne les divers temps de la manœuvre : a) extériorisation de l'utérus par des manœuvres prudentes, mais en le basculant au besoin dans la position qui paraît favorable

pour ramener au dehors la tumeur kystique dégagée de ses adhérences quand elles ne sont pas trop étendues ; *b*) après l'extériorisation de la tumeur replacer l'utérus dans l'abdomen ; *c*) ligature du pédicule qui doit être exécutée très soigneusement et ablation de la tumeur ; *d*) Suture de la paroi. L'accouchement se fait ensuite par les voies naturelles : il est indiqué de procéder à une application de forceps pour éviter la rupture de la suture abdominale. Cette opération entreprise au début du travail est la meilleure quand elle est possible : Elle ne peut être exécutée que lorsque les adhérences sont assez lâches pour permettre l'énucléation de la tumeur. Nous en avons trois cas dans notre statistique : Ce sont les cas les meilleurs, l'enfant est vivant, la mère guérie et elle est susceptible d'avoir des gestations ultérieures sans complication (obs. XVII, XX, XXIV).

Ces opérations sont conservatrices ; malheureusement, il est des cas où il faut recourir à une opération mutilatrice : césarienne avec hystérectomie supra-vaginale ; césarienne suivie d'opération de Porro. Dans notre statistique, il y a 5 cas d'opérations césariennes suivies d'hystérectomie (obs. XIII, XIV, XVI, XXII et XXIII) et 2 cas d'opérations de Porro (obs. XV et XVIII). L'hystérectomie est nécessaire dans ces cas par le danger d'hémorragie et d'infection auquel pourrait exposer la rupture d'adhérences trop étendues.

C. — PENDANT LES SUITES DE COUCHES

Il faut intervenir de façon très précoce dans les suites de couches, même en dehors de toute complication. Le *post-partum* ainsi que nous l'avons signalé est également une période dangereuse. Mac Kerron signale une mortalité de 9 0/0 pour cette période ; Marshall a rencontré des accidents onze fois sur 19 cas. Une tumeur qui n'a donné lieu à aucun symptôme grave pendant la gestation ou le travail, peut causer les accidents les plus dangereux pendant les suites de couches. Quelle est donc la conduite à tenir ? Deux cas peuvent se présenter :

1° *La femme présente des accidents.* — La question est alors résolue et tous les gynécologues sont d'accord pour proclamer la nécessité d'une intervention rapide qui seule peut sauver la malade.

2° *Le kyste n'est le siège d'aucune complication : Il faut intervenir dans les premiers jours du post-partum.* — Dans cette hypothèse les avis sont partagés. Les uns partisans de l'expectation, ordonnent le repos absolu pour diminuer le plus possible la mobilité de la tumeur et par suite les risques de torsion : la femme est observée très attentivement, afin de pouvoir dépister les premiers symptômes de complication et opérer aussitôt ; s'il ne s'en produit pas attendre pour pratiquer l'ovariotomie la fin de la période puerpérale.

Les autres, voulant prévenir toutes les complica-

tions possibles, interviennent sans retard ; ils observent que la terminaison fatale rencontrée dans certains cas d'intervention précoce a été due aux circonstances défavorables dans lesquelles l'intervention était entreprise et parce que les complications qui avaient eu le temps d'apparaître rendaient l'ovariotomie beaucoup plus dangereuse. D'ailleurs, les statistiques le prouvent, mortalité de 17,5 o/o, d'après Puech et Vanverts pour les opérations effectuées seulement lorsque les accidents se sont produits, 3 o/o seulement lorsqu'on était intervenu *post-partum* en l'absence d'accidents. Il semble donc qu'on ait attribué à tort une influence néfaste à la période puerpérale sur les ovariectomies pratiquées à ce moment et qu'en l'absence de complications cette intervention a les plus grandes chances de réussir. Le principe d'une ovariectomie précoce doit donc être admis, il sera difficile de fixer exactement son époque car la femme se trouve immédiatement après l'accouchement dans un état de fatigue physique peu favorable : on lui accordera donc quelque répit puis on pratiquera l'intervention dans les premiers jours du *post-partum*. Ajoutons que la femme peut avoir des gestations ultérieures et qu'il est plus prudent de ne pas attendre ce moment pour recourir à une intervention qu'on pourrait être obligé alors d'exécuter dans des conditions beaucoup plus défavorables.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS CLINIQUES

A. — Kystes opérés au cours de la gestation

(TABLEAU I)

OBSERVATION I

N° 2017 bis de 1895 de la Clinique Baudelocque

Kyste de l'ovaire opéré au quatrième mois de la gestation
Avortement

En 1895, Mme D..., vingt-six ans, couturière, III-pare ayant eu deux gestations antérieures avec accouchement normal spontané à terme, réglée à treize ans régulièrement sans douleurs.

Cette femme a observé que six semaines après son premier accouchement, elle a eu des douleurs vives dans le côté et elle a présenté des hémorragies pendant une dizaine de jours.

De même après son deuxième accouchement, six semaines après, au moment de son retour de couches (n'a pas allaité), elle a vu réapparaître les mêmes douleurs et à ce moment a remarqué une augmentation rapide du volume du ventre.

Gestation actuelle. — D. R. 26 au 29 août, quatre mois après l'accouchement précédent.

A son entrée dans le service, au quatrième mois de la gestation, on sent au palper deux tumeurs, l'une médiane ayant la consistance du globe utérin ; l'autre supérieure et latérale ayant tous les caractères du kyste de l'ovaire.

Caractères. — Kyste abdominal situé dans l'hypochondre et le flanc gauche ayant le volume de deux gros poings, très mobile, ne paraissant avoir aucune adhérence, rénitent.

Accidents. — Dès le début de la gestation, la femme a eu

TABLEAU I

KYSTES DE L'OVAIRE COMPLIQUANT LA GESTATION

Kystes opérés au cours de la gestation

Statistique de Baudelocque	Obs.	Cause de l'opération	Mois	Siège du kyste	Nature du kyste	Enfant	Mère
2.017 bis de 1895.	1	Opération préventive.	4 ^e	Abdominal	Mucoïde	Avortement.	Mort 1 mois après complic. pulm. Guérison.
1.530 de 1907:...	2	Opérations pour accid.	8 ^e	Abdominal	Mucoïde	Prématuré : 2.500 vi- vant.	Guérison.
857 de 1910.....	3	Opération préventive.	3 ^e	Pelvien double	Mucoïde	Avortement.	Guérison.
1.345 de 1910.....	4	Opération préventive.	3 ^e	Pelvien	Mucoïde	Avortement.	Guérison.
1.637 de 1911....	5	Opération préventive.	6 ^e	Pelvien	Mucoïde	Prématuré : 1.600 vi- vant, mort après 2 h.	Guérison.
416 de 1912.....	6	Opération préventive.	2 ^e	Abdominal	Mucoïde	A terme-vivant.	Guérison.
138 de 1913.....	7	Opération pour symptô- mes généraux.	6 ^e	Abdominal	Mucoïde	Prématuré : 2.350 vi- vant.	Guérison.
249 bis de 1915...	8	Opér. pour hémorr. et crainte d'avortement.	3 ^e	Pelvien	Mucoïde	Peut-être à terme.	Guérison.
876 bis de 1915...	9	Opération préventive.	3 ^e	Pelvien	Mucoïde	Avortement.	Guérison.
599 de 1916.....	10	Opération préventive.	6 ^e	Abdominal	Mucoïde	A terme-vivant.	Guérison.
557 de 1919.....	11	Opération préventive.	2 ^e	Abdominal	Mucoïde	Cours du 9 ^e mois : vi- vant.	Guérison.
1.409 de 1919....	12	Opération préventive..	4 ^e	Abdominal	Mucoïde	A terme.	Guérison.
Avortement..... 3 Enfant mort..... 1 Enfants vivants..... 8							soit mortalité infantile : 33 o/o

des envies fréquentes d'uriner, pas de troubles de l'état général. L'augmentation de volume du kyste a été rapide et progressive depuis le début de la gestation.

Opération (M. Segond). — 18 décembre 1895 au cours du quatrième mois de la gestation. Laparotomie sous-anesthésie au chloroforme — pas d'adhérences — ablation facile du kyste sans ponction préalable.

Suites opératoires. — Avortement deux jours après, le 20 à 17 heures, délivrance laborieuse vingt-quatre heures après ; l'expulsion du fœtus est suivie de curettage le 22.

La femme est morte un mois après le 16 janvier, des suites d'une congestion pulmonaire.

Examen de la pièce. — Le kyste est développé aux dépens de l'ovaire gauche, kyste mucoïde. Son volume, sa consistance et ses caractères extérieurs rappellent l'aspect d'une vessie de porc incomplètement remplie d'eau. Sa circonférence mesure 36 centimètres, sa hauteur 14, son diamètre transversal 12. Son poids est 835 grammes.

En résumé, kyste uniloculaire, pédiculé, sans cloisonnement, et sans végétations extrakystiques.

OBSERVATION II

(N° 1530 de 1907 de la Clinique Baudelocque).

Kyste de l'ovaire opéré au huitième mois de la gestation.

En 1907, Mme A. D..., âgée de vingt-neuf ans, réglée à quinze ans, toujours régulièrement, II-pare, ayant eu un accouchement spontané à terme en 1902, a allaité son enfant pendant dix-sept mois. Cette femme a remarqué que son ventre augmentait de volume depuis 1904 en même temps que sa matrice sortait hors de la vulve. Pendant toute cette période, les règles conservent leur physionomie régulière.

Gestation actuelle. — D. R..., du 23 au 27 janvier ; en juin on constate une tension excessive de la paroi ; il est impossible de se prononcer d'une façon absolue entre le diagnostic de kyste ovarique compliquant la gestation ou d'hydramnios. On conseille le repos complet au lit, le régime lacté, les lavements quotidiens. La femme qui jusqu'alors

s'était plainte du développement excessif du ventre, de la douleur de la région lombaire et de la base du thorax, de vomissements alimentaires et d'amaigrissement voit son état général s'améliorer. Au début de septembre, des étouffements intermittents se produisent et la femme est amenée à la clinique où l'on fait le diagnostic de kyste de l'ovaire compliquant la gestation.

Caractères. — On trouve une tumeur rejetée sur le flanc gauche et l'hypochondre, ayant la consistance d'un utérus gravide et permettant de percevoir des contractions intermittentes et un ballotement de parties fœtales. Le reste du ventre est rempli par une autre tuméfaction beaucoup plus volumineuse à limites imprécises, séparée de la précédente par un sillon longitudinal appréciable à la vue. A son niveau, la peau est tendue, très amincie, les veines sous-cutanées sont très développées. Elle donne une sensation de flot manifeste, elle est mate à la percussion, elle s'élève à 52 centimètres au-dessus du pubis et le ventre mesuré au niveau de l'ombilic a une circonférence de 124 centimètres. Au toucher, le segment inférieur est distendu par la tête fœtale qui plonge profondément dans l'excavation. On perçoit les bruits du cœur fœtal à gauche. L'état général de la femme n'est pas mauvais : pas d'œdème des jambes.

Accidents. — Le 26 septembre, au cours du huitième mois, la situation se modifie : les étouffements deviennent fréquents, la femme éprouve de fortes douleurs lombaires et thoraciques, elle a des nausées, manque de respiration, l'état général devient mauvais, pouls petit à 116, anurie ; on voit survenir de l'œdème sus-pubien. On décide d'intervenir.

Opération. — Le 28 septembre, laparotomie. Incision de 15 centimètres environ, découverte du kyste. Des compressees sont insinuées entre la paroi kystique et la paroi abdominale sur toute l'étendue de l'incision cutanée, le kyste est ponctionné avec un gros trocart : il s'écoule huit litres de liquide sirupeux, grisâtre. Le kyste évacué est facilement extériorisé par la brèche cutanée, car il n'adhère que très lâchement au péritoine pariétal antérieur ; ce kyste s'insère par son pédicule sur le bord droit de l'utérus, le pédicule est large, tordu d'un demi tour de gauche à droite et d'arrière en avant, la torsion est lâche. Le pédicule est sectionné entre quatre clamps le plus loin possible de l'utérus (3 à 4

centimètres). L'utérus n'est pas mobilisé, ligature du pédicule, suture, pas de drainage. Injection de morphine après l'opération.

Suites opératoires. — Le lendemain soir, début du travail, dilatation rapide, liquide amniotique verdâtre. Application de forceps. Garçon de 2.500 grammes, ranimé. Délivrance normale.

Suites normales. — La femme allaite son enfant et quitta le service en parfait état un mois après.

Examen de la pièce. — Kyste mucoïde, contenant un liquide sirupeux, grisâtre, très volumineux (8 litres) pédiculé ; ne présentant pas de végétations extérieures, ni de signes d'adhérences.

OBSERVATION III

N° 857 de 1910 de la Clinique Baudelocque

Kyste de l'ovaire opéré au troisième mois de la gestation

Mme L. B..., trente-quatre ans, cuisinière, ayant eu ses premières règles à dix-huit ans, toujours régulièrement pendant six à sept jours, I-pare.

Gestation actuelle. D. R. 17 à 23 août 1909.

Cette femme est opérée le 26 novembre 1909, au troisième mois de sa gestation pour kyste de l'ovaire droit. Nous ne possédons malheureusement pas de détails sur les indications opératoires et les troubles présentés à ce moment.

La femme vient à la clinique le 28 mai déclarant que, depuis trois mois, elle se soigne et se repose. Elle entre en douleurs deux jours après et accouche spontanément à terme, après un travail de dix-huit heures, d'un enfant vivant, garçon pesant 2.950 grammes. La délivrance se fait d'une façon normale et il ne survient aucune complication pendant les suites de couches.

OBSERVATION IV

N° 1345 de 1910 de la Clinique Baudelocque

Kyste de l'ovaire opéré au troisième mois de la gestation

En 1910, Mme A..., vingt et un ans, sans profession, ayant eu ses premières règles à onze ans et demi toujours irrégu-

lièrement avec des retards variant entre quelques jours et deux ou trois semaines et avec des périodes d'aménorrhée durant trois mois, vers l'âge de quatorze ans. Règles douloureuses les deux premiers jours. III-pare ayant eu son premier accouchement il y a trois ans, accouchement normal : la femme a allaité son enfant pendant vingt deux mois et a eu ses règles malgré l'allaitement. Leucorrhée et pertes jaunâtres depuis un an.

Gestation actuelle. — D. R. 24 au 31 mai 1910.

Accidents. — La femme se plaint de douleurs dans le ventre qu'elle a remarquées depuis peu de temps et elle sent depuis huit jours une masse qui roule au niveau de la fosse iliaque gauche. Elle entre à la clinique où l'on fait les constatations suivantes :

Caractères. — Utérus remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis, légèrement incliné à gauche, ayant la consistance de l'utérus gravide. Au toucher, on trouve le col dévié à droite et en arrière, on sent dans le cul-de-sac gauche une petite tumeur du volume d'un œuf à consistance dure indolore à la pression, paraissant mobile. Dans le cul-de-sac droit, on croit reconnaître une petite masse à contour imprécis dont les limites sont impossibles à fixer.

Opération. — (M. Potocki), 1^{er} septembre 1910. — Laparotomie. Incision verticale médiane : on voit à gauche un kyste de l'ovaire du volume d'une mandarine relié à la corne gauche par un pédicule de 8 centimètres de long environ tordu deux fois de haut en bas et de gauche à droite. Section et ablation des annexes gauches.

Annexe droite : kyste de l'ovaire à pédicule court non tordu du volume d'une petite noix, ablation. Suture de la paroi.

On fait à la femme une injection de morphine pendant les deux jours qui suivent.

Suites opératoires. Normales. Température normale.

Le quatrième jour, expulsion d'un œuf complet du poids de 130 grammes.

OBSERVATION V

N° 1637 de 1911 de la Clinique Baudelocque

Kyste de l'ovaire opéré au sixième mois de la gestation

Femme de dix-neuf ans, réglée à treize ans régulièrement (cinq à six jours) fille de tuberculeux et tuberculeuse (tuberculose pulmonaire depuis l'âge de dix-sept ans); sommet gauche, matité, râles sous-crépitaux. Jamais de douleurs abdominales, ni pelviennes.

Gestation actuelle. — Entre à la clinique Baudelocque le 14 octobre, ayant eu ses dernières règles du 29 avril au 4 mai. Fond de l'utérus à 22 centimètres au-dessus du pubis. Fœtus vivant. Le col mou est déjeté en avant derrière le pubis, repoussé par une tumeur régulière, tendue, indolore, occupant le Douglas, remplissant la concavité sacrée. Le volume de cette tumeur, dont le pôle supérieur est inaccessible, paraît être d'une orange.

Le diagnostic de probabilité est celui de kyste ovarique prolapsé dans le Douglas.

L'indication d'une intervention chirurgicale est confirmée par M. Pinard.

Opération. — Le 7 novembre, laparotomie. Opérateur : Couvelaire. Aide : Mouchotte. Chloroforme. Position déclive.

Incision médiane de 15 centimètres dont le milieu correspond à l'ombilic. La main s'insinue derrière l'utérus, atteint le promontoire, mais est extrêmement gênée pour pénétrer dans le pelvis. Un aide essaie avec deux doigts placés dans le vagin de rétro-pulser la tumeur : la manœuvre échoue.

L'incision est alors agrandie de 5 centimètres environ vers le pubis et l'utérus est doucement extériorisé. Il est légèrement cordiforme, légèrement incliné sur la droite. Dextro-torsion minime. La simple extériorisation suffit pour permettre à la main d'aller dans le Douglas, chercher et amener au dehors un kyste uniloculaire à paroi mince, transparente, contenant un liquide limpide, annexé au mésosalpinx droit. L'utérus est replacé dans le ventre. Le pédicule peu vasculaire est sectionné au ras de la poche kystique après ligature par transfixion à l'aiguille mousse (catgut chromé n° 2). Fer-

meture de la paroi sans drainage. Suture étagée en trois plans (catgut et crins de Florence).

Une injection sous-cutanée de 1 centimètre cube de chlorhydrate de morphine est faite matin et soir jusqu'au 12 novembre.

Suites opératoires. — Le lendemain, 8 novembre, état général mauvais. Toux continuelle. Vomique (un verre à Bordeaux de pus sanguinolent). Température 40 degrés, pouls 130, mauvais.

9 novembre. — Détente notable, température 37°8 le matin, pouls meilleur 120. Emission spontanée de gaz. Un lavement de vin amène une évacuation intestinale suffisante.

A partir du 10 novembre, suites normales. Pas de contractions utérines douloureuses. Aucun écoulement vaginal.

17 novembre. — Ablation des fils.

19 novembre. — Constatation d'une désunion superficielle de 5 centimètres dans la partie inférieure de la plaie.

22 novembre à 8 heures du matin. — Contractions utérines douloureuses. Une injection sous-cutanée de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine est faite. Le travail commencé se poursuit. 8 heures du soir : dilatation complète, rupture de la poche des eaux.

9 heures du soir : application de forceps par M. Pottet. Fœtus vivant de 1.600 grammes qui meurt au bout de quelques heures.

9 h. 45. Délivrance. Placenta irrégulier pesant 325 gr. Membranes complètes. Après l'accouchement, état général satisfaisant.

29 novembre. — Ascension du pouls, 120, qui persiste pendant une huitaine de jours.

5 décembre. — Hémorragie assez abondante. Expulsion de caillots et de quelques débris membraneux.

A partir de ce moment, pas d'incident. La cicatrisation de la plaie abdominale se poursuit régulièrement, l'état général ne paraît pas aggravé.

25 décembre, elle quitte la clinique en bon état.

Examen de la pièce. — Kyste ayant le volume et la forme d'un rein de coloration gris blanchâtre, transparent, uniloculaire, ne présentant pas de traces de végétations extrakystiques, ayant toutes les apparences d'un kyste muqueux.

Kyste pédiculé, libre dans le Douglas, n'ayant pas contracté d'adhérences.

OBSERVATION VI

N° 416 de 1912 de la clinique Baudelocque.

Kyste de l'ovaire opéré au deuxième mois de la gestation.

En 1912, Mme L. B..., trente-trois ans, journalière, réglée à quinze ans de façon irrégulière avec avance ou retard, ayant des règles douloureuses, I-pare. Cette femme a des parents en bonne santé mais a perdu sept frères et sœurs en bas-âge.

Elle a été opérée à l'hôpital de la Charité au cours du deuxième mois de sa gestation pour kyste de l'ovaire droit. Les suites opératoires ont été bonnes, la grossesse a évolué normalement jusqu'à terme sans présenter aucune complication, ni aucune altération de l'état général. Au moment de l'accouchement, il a fallu procéder à une application de forceps parce que la tête mal fléchie ne progressait pas. Enfant vivant. Délivrance normale.

OBSERVATION VII

N° 138 de 1913 de la clinique Baudelocque.

Kyste de l'ovaire opéré au sixième mois de la gestation.

En 1913, Mme M. P..., vingt et un ans, sans profession, réglée à treize ans, toujours régulièrement sans douleurs, I-pare, ne présente pas de particularités dans ses antécédents.

Gestation actuelle. — D. R. 10 au 14 mai 1912.

Cette femme vient à la clinique le 16 septembre 1913. On lui trouve une hauteur utérine de 37 centimètres avec une tension considérable des parois qui rend le palper impossible. On fait le diagnostic d'excès de liquide et quelques jours après on constate la présence d'albumine en faible quantité 0 gr. 50 par litre. La femme est mise au régime

lacté absolu, d'abord à la clinique puis chez elle, jusqu'au 15 novembre. Elle rentre à ce moment à la clinique.

Caractères. — Lorsqu'on examine la femme couchée dans le decubitus dorsal, la paroi abdominale couverte de nombreuses vergetures est étalée; par contre, lorsqu'on l'examine debout ou assise, le ventre pointe en avant et en bas. En regardant à jour frisant, on remarque un sillon sur le côté droit du ventre, sillon obliquement dirigé de haut en bas et de dehors en dedans. A la percussion, matité absolue dans tout l'abdomen, sauf au niveau du creux épigastrique. Au palper, on perçoit des sensations différentes suivant que la main palpe la partie de l'abdomen située au-dessus ou au-dessous du sillon indiqué : au-dessous du sillon, on perçoit une masse qui durcit sous la main par intermittence, environ trois fois par demi-heure et l'auscultation pratiquée à ce niveau fait percevoir des fruits fœtaux. La masse qui surplombe le sillon et qui se trouve en haut et à gauche est rénitente. Au toucher, on trouve le col dévié en bas et à gauche et tout le segment inférieur est refoulé dans l'excavation. On fait le diagnostic de kyste de l'ovaire compliquant une gestation au sixième mois. Hauteur de l'utérus 45 centimètres, et on décide d'intervenir.

Opération (M. Couvelaire). — 23 novembre 1912 sous anesthésie au chloroforme, laparotomie médiane. On trouve un kyste abdominal volumineux dans le flanc gauche. Ponction du kyste, essai d'extériorisation qui n'est fructueux qu'après avoir ponctionné une deuxième poche. Le liquide qui s'écoule est de couleur brun foncé et peut être évalué à neuf litres environ. On trouve un pédicule large de six à sept centimètres.

Résection du kyste. L'utérus reprend aussitôt sa position normale. On fait une injection de morphine pendant cinq jours.

Suites opératoires. — Normales. Guérison rapide. La malade sort le 24 décembre.

Deux mois après, le 30 janvier, début du travail et le lendemain accouchement d'une fille pesant 2.350 grammes. Travail durant dix heures. Délivrance normale.

Examen de la pièce. — Gros kyste muqueux ayant contenu 8 à 9 litres de liquide environ. Ses parois épaisses, de coloration blanchâtre, délimitent nettement deux loges. Sa

face extérieure présente en certains endroits la trace de petites adhérences ; sur le reste de sa surface ; elle est lisse et ne présente nulle part de végétations extra-kystiques.

OBSERVATION VIII

N° 249 bis de 1915 de la clinique Baudelocque

Kyste de l'ovaire opéré au troisième mois de la gestation

En 1915, Mme W... Marguerite, vingt-cinq ans, III-pare, ayant été réglée à quatorze ans régulièrement sans douleur.

A eu un accouchement spontané à terme normal, il y a deux ans et un avortement au deuxième mois, il y a un an. N'a présenté aucun malaise pendant les gestations antérieures.

Gestation actuelle. — D. R. 8 au 12 novembre.

Accidents. — Au deuxième mois de la gestation, le 1^{er} janvier, la femme perd du sang assez abondamment par intermittence pendant quatre jours, pas de douleurs ; quelques jours après, la femme raconte qu'elle a l'impression d'avoir dans le ventre un corps étranger qui se déplace de droite à gauche. Le 14 février, nouvelle perte de sang sous forme de caillots avec douleurs vives dans le bas-ventre ; la femme craint un avortement et vient à la clinique Baudelocque où l'on fait le diagnostic de kyste de l'ovaire compliquant une gestation au troisième mois.

Caractères. — On trouve l'utérus augmenté de volume, dévié à droite. Au toucher, on trouve une tumeur siégeant dans le bassin, facilement accessible au niveau du cul-de-sac gauche, paraissant avoir le volume d'une mandarine et mobile.

Opération (M. Couvelaire). — 20 février 1915, sous anesthésie au chloroforme. Laparotomie. Extraction d'un kyste de l'ovaire gauche qui est crevé au cours des manœuvres d'extraction. Suture.

Pendant les quatre jours qui suivent, on fait une injection de morphine de 1 centimètre cube.

Suites opératoires. — Normales. La malade quitte l'hôpi-

tal vingt-deux jours après l'opération en parfait état. Elle a présenté pour tout phénomène un léger écoulement sanguin du 23 au 26 février.

OBSERVATION IX

N° 876 bis de 1915 de la Clinique Baudelocque

Kyste de l'ovaire droit, laparotomie et ablation au cours du troisième mois de la gestation, avortement treize jours après.

Mme S. C. . . , trente-deux ans, ménagère, réglée régulièrement depuis l'âge de quatorze ans, sans antécédents pathologiques, III-pare ayant eu deux accouchements antérieurs spontanés à terme.

Gestation actuelle. — D. R. du 17 au 20 avril. Le 20 mai, pertes de sang avec frissons. Le 13 juillet, la femme vient consulter à la clinique: on fait le diagnostic de rétroversion de l'utérus gravide au troisième mois. Le col est complètement derrière la symphyse. La femme est revue le 17 juillet, l'utérus ayant le volume d'une gestation de deux mois et demi environ est projeté en haut et en avant par une masse rénitente occupant tout le cul-de-sac postérieur et les culs-de-sac latéraux. On pose le diagnostic de kyste de l'ovaire et on décide l'intervention.

Opération (M. Couvelaire). — Le samedi 31 juillet 1915. Laparotomie. On trouve exactement en arrière de l'utérus, un kyste de l'ovaire droit du volume du poing. L'utérus est simplement écarté à gauche et de ce fait le kyste peut être très facilement saisi avec la main et extériorisé. Suture du pédicule, suture de la paroi.

Suites opératoires. — Quelques vomissements dans l'après-midi. On injecte 2 centimètres cubes de morphine pendant trois jours. Dans la nuit du 11 au 12 août, la malade perd un peu de sang et ressent quelques contractions utérines douloureuses; on lui fait 1 centimètre cube de morphine; nouvelle injection de morphine le 12 août. Malgré cela, dans la nuit du 12 au 13, les contractions utérines deviennent plus douloureuses et plus fréquentes en même temps que l'écou-

lement sanguin augmente. Expulsion d'un fœtus et du placenta. Suites de l'avortement : normales. La malade se lève le vingt-deuxième jour et sort en parfait état local et général.

Examen de la pièce. — Le kyste extirpé a le volume et l'aspect d'une tête de fœtus à terme. De forme régulière, sans végétations extra-kystiques, il est de coloration bleuâtre. C'est un kyste muqueux, uniloculaire, pédiculé.

OBSERVATION X

N° 599 de 1916 de la Clinique Baudelocque

Laparotomie pour kyste de l'ovaire au cours du sixième mois de la gestation, continuation de la gestation, accouchement à terme.

Mme V. N..., quarante ans, couturière, réglée à seize ans, toujours régulièrement sans antécédents pathologiques, VI-pare ayant eu cinq accouchements spontanés à terme.

Gestation actuelle. — D. R. 18 au 22 juillet. Cette femme souffre depuis quatre ans d'une douleur dans le côté ; depuis cinq à six mois, elle a du dégoût des aliments gras et des crises de prurit généralisé. A l'examen, on constate que l'utérus est développé comme au cinquième mois de la gestation et incliné fortement à gauche. Dans l'hypochondre droit, on sent au palper une tumeur grosse comme une forte tête de fœtus, peu rénitente, fluctuante qui semble continuer la face inférieure du foie. On pense à l'existence d'un kyste hydatique de la face inférieure du foie.

Opération (M. Jeannin). — Le 14 janvier 1916 (sixième mois de la gestation). Laparotomie. On constate l'existence d'un kyste de l'ovaire droit de la grosseur d'une tête de fœtus qui soulevé par l'utérus gravide, affecte des rapports étroits de contiguité avec la face inférieure du foie. Ablation du kyste sans incident.

Suites opératoires. — Un centigramme de morphine après l'intervention et pendant les trois jours qui suivent l'opération.

La femme sort guérie.

26 mai 1916. — Elle accouche sans incident d'un enfant de sexe masculin du poids de 3.710 grammes.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XI

N° 557 de 1919 de la Clinique Baudelocque

Ablation d'un kyste de l'ovaire au cours du deuxième mois de la gestation. Accouchement spontané au cours du neuvième mois.

Mme H. B..., trente-six ans, réglée à quatorze ans, toujours régulièrement. Opérée pour l'appendicite à vingt-sept ans, I-pare.

Gestation actuelle. — D. R. 21 au 26 août 1918. A été opérée en octobre (deuxième mois de la gestation) pour un kyste de l'ovaire gauche.

Accouchement. — La femme accouche le 21 mai 1919 d'un enfant du sexe masculin du poids de 2.400 grammes.

La mère et l'enfant sortent en bon état.

A signaler cependant, que la malade fit au cours de sa gestation, de la pyélonéphrite, surtout à droite, à la suite d'une grippe.

OBSERVATION XII

N° 1409 de 1919 de la Clinique Baudelocque

Ablation d'un kyste de l'ovaire au cours du quatrième mois de la gestation. — Accouchement spontané à terme.

Mme L. C..., couturière, trente-deux ans, née prématurément à huit mois, élevée au biberon, a marché à trois ans et demi et n'a commencé à parler qu'à sept ans. Réglée à quinze ans et demi toujours régulièrement, sans douleurs. Femme de santé délicate, ayant eu des crises de nerfs fréquentes. Diphtérie à deux ans et demi.

V-pare, ayant eu deux accouchements spontanés à terme,

TABLEAU II
KYSTES DE L'OVAIRE COMPLIQUANT LE TRAVAIL
Kystes opérés au cours du travail

Statistique de Baudeloque	Obs.	Nature de l'opération	Siège du kyste	Nature du kyste	Enfant	Mère
928 de 1891.....	13	Césarienne. Hystérectomie.	Pelvien	?	Vivant	Guérison
2.024 de 1901....	14	Césarienne. Hystérectomie.	Abdominal	Dermoïde	Vivant	Guérison
468 de 1907.....	15	Césarienne. Hystérectomie.	Pelvien	Dermoïde	Vivant	Guérison
529 de 1908.....	16	Césarienne. Hystérectomie.	Pelvien	bilatéral	Vivant	Mort de congest. pulmonaire
1.731 de 1911....	17	Ovariectomie. Accouchem. au forceps	Pelvien	Mucoïde	Vivant	Guérison
379 de 1912.....	18	Césarienne. Hystérectomie.	Pelvien	Mucoïde	Vivant	Guérison
1.366 de 1912....	19	Césarienne conservatr. Ovariectomie.	Pelvien	Mucoïde	Né vivant	Mort
					Anomalie	
1.005 de 1913....	20	Ovariectomie. Accouchem. spontan.	Pelvien	Mucoïde	Vivant	Guérison
200 de 1914.....	21	Césarienne conservatr. Ovariectomie.	Pelvien	Mucoïde	Vivant	Guérison
538 de 1913.....	22	Césarienne. Hystérectomie.	Pelvien	Dermoïde	Vivant	Guérison
1.193 de 1919....	23	Césarienne. Hystérectomie.	Pelvien	Double	Vivant	Guérison
495 de 1920.....	24	Ovariectomie. Accouchem. au forceps	Pelvien	Mucoïde	Vivant	Guérison
892 de 1900.....	25	Ponction.	Pelvien	Dermoïde	Vivant	Etat grave
						Guérison
1.075 de 1909... —	26 26bis	Ponction. Ponction.	Pelvi-abd. Pelvien	Mucoïde Mucoïde	Vivant Mort (présentat. de l'épaule).	Guérison Guérison Guérison
Ovariectomie suivie d'accouchem. par les voies natur.						
	3					Mort de la femme : 2/12.
Césarienne suivie d'hystérectomie.						
	7					
Césarienne conservatrice						
	2					Enfant vivant : 14/15. 1 mort deux jours après pour imperforation de l'an.
Ponction						
	3					

un accouchement prématuré au huitième mois, puis un avortement au cours du quatrième mois qu'elle a attribué à la fatigue. Cette femme aurait présenté des hémorragies au début de chaque gestation.

Gestation actuelle : D. R., 29 janvier au 4 février 1919.

Ne présente aucun trouble. Cette femme vient consulter à la clinique pour surveiller sa gestation : c'est à cette occasion qu'on lui découvre un kyste de l'ovaire.

L'utérus présente une hauteur de 17 centimètres. Par la palpation, on sent dans le flanc droit, une tumeur du volume d'une orange, lisse, mobile, indolore, donnant la sensation de rénitence. Au toucher, on ne trouve rien d'anormal dans les culs-de-sac.

Opération. — Le 18 juin 1919, au quatrième mois de la gestation.

Laparotomie, ablation d'un kyste pédiculé de l'ovaire droit, de la grosseur d'une tête de fœtus à terme. Suture.

Suites opératoires. — Normales. Guérison.

Le 27 octobre, apparition des premières contractions utérines douloureuses et accouchement spontané après une période de travail de dix heures, d'un enfant vivant, garçon, pesant 3.190 grammes.

Examen de la pièce. — C'est un kyste de l'ovaire du volume de deux poings, de forme régulière, ressemblant assez à celle d'un haricot et de coloration blanchâtre. Il est pédiculé et n'a pas de végétations extra-kystiques. Kyste muqueux, pluriloculaire.

B. — Kystes opérés au cours du travail

(TABLEAU II)

OBSERVATION XIII

N° 928 de 1891 de la Clinique Baudelocque

Kyste de l'ovaire opéré au cours du travail, opération césarienne, hystérectomie

En 1891, Mme B..., âgée de vingt-quatre ans, entre à la clinique le 16 février. Elle est accouchée une première fois,

il y a cinq ans à terme d'un enfant mort se présentant par le siège.

Gestation actuelle : D. R. le 27 septembre.

Caractères. — Le diagnostic présente au début quelques difficultés, en raison du développement considérable du ventre, de l'anasarque et de l'ascite ; la malade a une hernie ombilicale assez développée ; albumine dans les urines.

Quelques jours après l'entrée de la femme dans le service, on formule le diagnostic de grossesse avec hydramnios et tumeur juxta-utérine assez volumineuse pouvant gêner l'accouchement. Cette tumeur dure, volumineuse, occupe le cul-de-sac latéral droit et ne peut être refoulée au-dessus du détroit supérieur en raison de son volume. La température reste normale jusqu'au jour de l'opération.

Opération. — La femme entre en travail le 18 juin. L'opération est pratiquée au début du travail, on enlève l'utérus et un kyste de l'ovaire droit pesant 800 grammes.

Suites opératoires. — La température reste normale. La malade sort bien portante le 22 juillet. L'enfant pèse 3.370 gr. à sa naissance, et 3.670 grammes à sa sortie, la mère et l'enfant ont été revus à différentes reprises en bonne santé, tous deux.

OBSERVATION XIV

N° 2024 de 1901 de la Clinique Baudelocque

Kyste de l'ovaire opéré au cours du travail, opération césarienne, hystérectomie.

En 1901, Mme A. M..., trente-deux ans, ménagère, réglée à seize ans, régulièrement, sans antécédents pathologiques, III-pare, ayant eu un premier accouchement avec présentation de la face et application de forceps au détroit supérieur (enfant mort) et un deuxième accouchement, il y a neuf ans avec rupture utérine au niveau du segment inférieur, opération et suture.

Gestation actuelle : D. R., 20-22 février 1901.

La femme arrive à la clinique au cours du cinquième mois de la gestation. On trouve à ce moment à droite et en haut de l'utérus développé comme un utérus gravide de cinq mois,

une tumeur volumineuse de la grosseur d'une tête fœtale et on fait le diagnostic de kyste de l'ovaire. La femme reste en surveillance à la clinique.

Lé 18 novembre, on trouve un utérus gravide, médian, légèrement incliné à gauche et une tumeur qui fait saillie dans le flanc droit. Sur la peau, cicatrice sous-ombilicale de laparotomie avec un peu d'éventration sur une étendue de 2 à 3 centimètres. Il semble, lorsqu'on mobilise la paroi, qu'il y ait des adhérences entre cette paroi et les organes abdominaux (utérus gravide). Le fond utérin est à 36 centimètres au-dessus du pubis ; dans le flanc droit, on trouve une tumeur distincte de l'utérus gravide dont elle est séparée par un sillon, tumeur ayant le volume d'une tête de fœtus à terme, de forme régulière, contour lisse, fluctuante, légèrement mobilisable, affleurant par son pôle inférieur la partie supérieure de la fosse iliaque. Au toucher, on trouve une excavation vide, le col est en avant et en haut.

Au début du travail, on décide d'intervenir.

Opération (M. Segond). — Le 18 novembre sous anesthésie au chloroforme, laparotomie, opération césarienne, extraction d'un enfant vivant pesant 3.100 grammes, on fait basculer en dehors : 1° l'utérus contenant le placenta et les membranes ; 2° un kyste de l'ovaire droit dont le pédicule est rapidement sectionné, au-dessus d'une pince clamp. Hystérectomie supra-vaginale après hémostase préventive. Drainage.

Suites opératoires. — Normales, guérison.

Examen de la pièce. — Kyste dermoïde gros comme deux poings, de forme irrégulière, présentant des boursofflures, de coloration bleu violacé. On ne trouve pas de pédicule mais des adhérences à la face postérieure de l'utérus (les deux pièces ont été enlevées en bloc). Par une incision latérale, on a vu s'écouler une bouillie sébacée épaisse que l'on a recueillie et qui pèse 228 grammes. C'est un kyste dermoïde, uniloculaire, dont la surface intérieure présente des saillies irrégulières, formées par des travées osseuses et cartilagineuses.

OBSERVATION XV

N° 468 de 1907 de la Clinique Beaudelocque

*Kyste de l'ovaire opéré au cours du travail, opération
césarienne, hystérectomie*

En 1907, Mme S. M..., ménagère, trente-sept ans, a eu ses premières règles à onze ans, régulièrement et sans douleurs, ne présente aucun antécédent pathologique. V-pare, a eu deux accouchements spontanés avec enfant vivant, un troisième avec enfant mort après application de forceps dans un cas de placenta bas inséré et enfin il y a six ans un avortement au cours du quatrième mois.

Gestation actuelle. — D. R. Début de juillet 1906. Pas d'accidents.

Le 21 mars, début du travail, la femme entre à la clinique Baudelocque où l'on fait au toucher le diagnostic de kyste de l'ovaire.

Caractères — On sent au toucher une tumeur qui descend dans la moitié supérieure de l'excavation en arrière et à gauche. Par sa partie supérieure elle remonte au-dessus du détroit supérieur au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche : la limite supérieure est donc impossible à déterminer. L'orifice du col est reporté très en avant derrière la symphyse pubienne et il est de forme elliptique. La tête, haut située, est accessible à bout de doigt. On essaie, mais vainement, par des pressions digitales douces, de refouler la tumeur dans la cavité abdominale. On décide d'intervenir le plus tôt possible par la voie haute.

Opération (M. Mouchotte). — Laparotomie, opération césarienne avec amputation utéro-ovarique suivant la méthode de Porro. On se trouve ensuite en présence d'une tumeur kystique qui est en arrière et à gauche de l'utérus, débordant par son pôle supérieur (gros pôle) le pourtour du détroit supérieur et descendant par son pôle inférieur (petit pôle) jusqu'au tiers moyen de l'excavation. Des adhérences molles fixent la tumeur en arrière ; elles sont rompues et l'on peut énucléer en totalité une tumeur du volume d'un gros poing, section du pédicule. Suture, drainage.

Enfant vivant, pesant 2.550 grammes. Mort le onzième jour.

Suites opératoires. — Bonnes ; la femme sort en bon état le 8 mai.

Examen de la pièce. — Kyste de l'ovaire pédiculé du volume du poing, de coloration blanc-bleuâtre. Il est à parois minces, translucide, uniloculaire. Kyste muqueux. Sa face extérieure porte les traces de quelques adhérences rompues lors de l'intervention, mais elle est lisse, régulière et il n'y a pas de végétations extra-kystiques.

OBSERVATION XVI

N° 529 de 1908 de la clinique Baudelocque

Kyste de l'ovaire opéré au cours du travail.

Opération césarienne. — Hystérectomie

En 1908, Mme S. A..., trente-quatre ans, sans profession, réglée à treize ans, toujours régulièrement et sans douleurs. Comme antécédents pathologiques : rougeole et scarlatine dans l'enfance. II-pare ayant eu il y a cinq ans, pour son premier accouchement, une basiotripsie, la dystocie étant causée à ce moment par un « fibrome du segment inférieur plongeant dans l'excavation » (Diagnostic du médecin).

Gestation actuelle. — D. R. du 3 au 7 juin 1907. Cette femme est envoyée à la clinique le 18 février 1908. A son entrée on trouve une présentation de l'extrémité céphalique, dos à droite. Au toucher, le col est refoulé en haut et à droite par une tumeur qui occupe les parties postérieures et latérales gauches de l'excavation, tumeur paraissant être du volume d'un gros poing. On décide d'attendre le début du travail dans l'espoir d'assister à l'ascension de la tumeur dans la cavité abdominale et à l'accouchement spontané.

Caractères. — Le 25 mars, début du travail. On trouve au toucher l'excavation remplie par une tumeur molle qui est impossible de mobiliser et qui empêche l'engagement de la tête restée haut située au-dessus du détroit supérieur. On hésite entre le diagnostic de fibrome et celui de kyste de l'ovaire.

Opération (M. Mouchotte). — Le 26 mars, laparotomie, opération césarienne, extraction d'un enfant vivant pesant 3 kgs 900. Sur le bord droit de l'utérus on constate que l'ovaire droit est dégénéré et forme une tumeur du volume d'un œuf de poule; on explore ensuite la face postérieure de l'utérus et le cul-de-sac de Douglas où l'on trouve une tumeur mi-solide, mi-liquide qui est complètement indépendante de l'utérus et descend dans l'excavation pelvienne; elle adhère à la face postérieure du vagin et au rectum par des adhérences molles qu'il est facile de détacher. La tumeur est ainsi énucléée et amenée au-dessus de l'excavation: c'est une tumeur ovarienne rattachée au bord de l'utérus par un pédicule qui n'est autre que le ligament large. Hystérectomie utéro-ovarienne supra-vaginale. On place dans le cul-de-sac de Douglas, au niveau des surfaces suintantes, un tamponnement à la Mickulicz et un drain.

Suites opératoires. — La malade meurt le 29 mars de congestion pulmonaire. A l'autopsie on trouve le péritoine absolument indemne, mais des lésions étendues de congestion pulmonaire aux deux poumons. Enfant en bon état.

Examen de la pièce. — Kystes bilatéraux. Le gauche du volume d'un œuf, le droit du volume d'une grosse orange, à contours irréguliers, de consistance dure, de coloration blanchâtre. On ne trouve pas de végétations extra-kystiques à la surface mais une partie rugueuse, dépolie, correspondant aux adhérences. Le kyste droit a été ouvert, il est uniloculaire; a la forme d'une poche à contenu liquide d'épaisseur relativement égale partout et l'on trouve des cheveux implantés sur la paroi.

OBSERVATION XVII

N° 1731 de 1911 de la clinique Baudelocque

Kyste de l'ovaire opéré au moment du travail. — *Ovariotomie.* — *Accouchement par les voies naturelles.* — *Forceps.*

Mme R. L..., vingt-quatre ans, ménagère, réglée à quinze ans, régulièrement, sans douleurs (quatre jours), sans antécédents pathologiques. I-pare.

Gestation actuelle. — D. R. 28 février au 2 mars. Gestation n'ayant présenté aucun accident, si ce n'est une éruption qui aurait apparu au niveau des membres inférieurs deux mois après le début de la grossesse. La femme entre à la clinique le 6 novembre. Fond de l'utérus à 34 centimètres au-dessus du pubis. Fœtus dont la tête non engagée a tendance à fuir dans la fosse iliaque droite. Pas d'albumine.

Au toucher, le col très élevé, difficilement accessible, est repoussé en avant derrière le pubis par une tumeur qui occupe le cul-de-sac de Douglas. Cette tumeur, tendue, indolore, régulière, paraît avoir le volume du poing. Au toucher rectal on sent la même tumeur à travers la cloison recto-vaginale : elle ne semble pas avoir de connexion avec la face antérieure du sacrum.

M. Pinard conseille d'attendre le début du travail, de tenter la réduction et si elle échoue de pratiquer la laparotomie.

Le 9 décembre, début du travail à 9 heures du soir. Tête bien d'aplomb et fixée sur l'aire du détroit supérieur, membranes intactes, col en voie d'effacement.

A minuit, dilatation de 5 francs.

Le 10 décembre, à 1 h. 1/2 du matin : tentative infructueuse de répulsion de la tumeur par M. Pottet.

Caractères. — A 2 h. 1/2 la dilatation est toujours de 5 francs, la tête tend à pénétrer dans le bassin, refoulant devant elle la tumeur qui fait bomber fortement la paroi vaginale postérieure. Au moment de la contraction le périnée anté-anal bombe. Les contractions sont régulières et fortes. Au palper on sent la tête fœtale bien d'aplomb sur l'aire du détroit supérieur. Au toucher on sent la tête au niveau du détroit supérieur, calée contre le pubis à un travers de doigt en arrière duquel on sent la suture sagittale. Le col est aplati d'avant en arrière. Le cul-de-sac postérieur est rempli par une tumeur élastique, rétinente, déformée à sa partie antérieure et supérieure par la tête fœtale qui s'y imprime et lui donne un aspect de croissant dont les deux cornes latérales s'étalent à droite et à gauche dans les culs-de-sac latéraux. Pendant les contractions utérines la tête descend sur la tumeur, mais ce mouvement est très peu étendu. En bas la tumeur arrive à trois travers de doigt environ de l'anus. Par le toucher rectal on se rend compte qu'elle est beaucoup plus volumineuse

qu'on ne le croirait à l'exploration vaginale et que son volume paraît être celui d'une orange.

Ces constatations faites, M. Couvelaire décide d'intervenir.

Opération. — 3 h. 15. Laparotomie. Opérateur : Couvelaire, chloroforme, position déclive.

Incision de 25 centimètres dont le milieu correspond à l'ombilic. Extériorisation de l'utérus comme pour une opération césarienne. L'utérus était à peine tordu sur son axe de gauche à droite.

La main introduite derrière l'utérus extériorisé ne peut pénétrer dans le pelvis. Il faut luxer l'utérus au dehors, au maximum, en surveillant la tension des pédicules tubo-ovariens pour pouvoir insinuer la main dans le Douglas et amener un kyste du volume d'une grosse orange.

On voit alors qu'il se rattache par un pédicule dont les vaisseaux veineux sont très dilatés, au mésosalpinx du côté droit.

Réintégration facile de l'utérus qu'on incline sur la corne gauche, la première, pendant que les deux lèvres de la paroi amarrées par une pince de Museux sont soulevées et écartées.

La tumeur constituée par un kyste de l'ovaire, translucide, uniloculaire, à paroi mince sur laquelle courent de fins vaisseaux, est du volume d'une orange.

On l'entoure de champs de toile, elle reste seule extériorisée sur le ventre.

Ligature du pédicule. Section du pédicule qui est abandonné dans le ventre.

La fermeture de la paroi abdominale présente quelques difficultés, car l'utérus saillant en avant gêne le rapprochement des deux lèvres de la plaie. M. Couvelaire fait des points séparés au catgut n° 2 sur le péritoine, puis sur la couche musculo-aponévrotique, suture cutanée et croisement des fils de soutènement placés au début de l'opération sur une compresse roulée et les serre fortement sur elle.

Au toucher : dilatation de 5 francs ; membranes intactes. Tête appuyant bien.

A 4 heures, rupture spontanée de la poche des eaux. Liquide teinté de méconium.

A 4 h. 30, dilatation complète. On pratique une applica-

tion de forceps en G. T. à la partie haute de l'excavation sans anesthésie. Enfant vivant de 3.250 grammes.

A 4 h. 50, la femme saigne, le poulx monte à 120, puis progressivement à 130.

Délivrance artificielle en appuyant sur le fond de l'utérus du côté opposé au pédicule lié. Placenta 540 grammes. Injection intra-utérine à l'aniodol à 50 degrés. L'utérus se contracte bien. Le poulx reste rapide à 95, mais plein ; l'hémorragie cesse. On refait un pansement abdominal très serré.

Suites opératoires. — Suites opératoires très simples, sans élévation de la température, ni du poulx. Les fils sont enlevés le dixième jour. Cicatrice correcte n'ayant que 12 centimètres de longueur.

Examen de la pièce. — C'est un kyste de l'ovaire du volume d'un gros poing, de forme régulière, légèrement bosselé, de coloration violacée, translucide, à parois minces sur lesquelles courent de fins vaisseaux. C'est un kyste muqueux, uniloculaire et sans végétations extra-kystiques.

OBSERVATION XVIII

N° 379 de 1912 de la Clinique Baudelocque

Kyste de l'ovaire opéré au cours du travail : opération césarienne, opération de Porro

En 1912, Mme N. M..., vingt-cinq ans, employée de commerce, réglée à quatorze ans, toujours régulièrement, ne présentant pas d'antécédents pathologiques, I-pare.

Gestation actuelle. — D. R. début de juin 1911. Cette femme n'a pas présenté de troubles importants pendant la gestation. A son arrivée dans le service, elle a une hauteur utérine de 37 centimètres. A l'inspection, on est frappé par l'aspect extérieur du ventre qui semble être à deux étages : le segment inférieur surdistendu, se moulant sur l'extrémité céphalique et l'utérus étant fortement incliné vers la gauche. La palpation est très difficile, étant donné la fréquence des contractions utérines et la tension de la paroi abdominale. La tête est en bas, le dos est à droite. Au toucher, on sent la tête repoussée contre l'arc antérieur du bas-

sin et en arrière et au-dessous d'elle une masse qui remplit le cul-de-sac postérieur qu'elle distend. Cette masse est rénitente, tordue, régulière et bombe dans l'excavation en masquant le promontoire. On fait le diagnostic de tumeur enclavée dans le Douglas et empêchant l'engagement de la tête fœtale. Sans pouvoir préjuger de sa nature exacte, on admet comme la plus vraisemblable l'hypothèse d'un kyste de l'ovaire.

La femme a perdu les eaux avant son entrée à la Clinique et elle a actuellement une dilatation de cinq francs. On décide d'intervenir.

Opération (M. Pottet). — Le 20 mars, laparotomie ; on énuclée avec difficulté la tumeur qui est constituée par un gros kyste para-ovarique gauche qui occupe le cul-de-sac de Douglas et qui est relié par un pédicule long de 4 centimètres et large de 5 centimètres. Tumeur enclavée qu'il est impossible de mobiliser.

Opération césarienne mutilatrice avec extériorisation du moignon (Porro), ovariectomie, suture.

Enfant vivant pesant 3.600 grammes.

Suites opératoires. — Normales.

Examen de la pièce. — Gros kyste translucide à parois minces, finement vascularisé, avec pédicule d'une largeur de 5 centimètres pesant 450 grammes. Kyste mucoïde, de coloration blanchâtre, uniloculaire. Sa face extérieure présente quelques traces d'adhérences, mais on n'y voit pas de traces de végétations extra-kystiques.

OBSERVATION XIX

N° 1366 de 1912 de la Clinique Baudelocque

Kyste de l'ovaire opéré au cours du travail : opération césarienne conservatrice, ovariectomie

En 1912, Mme P. M..., vingt-trois ans, blanchisseuse, réglée à treize ans de façon irrégulière, I-pare, entre à la Clinique le 25 septembre au cours du neuvième mois.

Gestation actuelle. — D. R. 8 au 10 janvier.

Gestation non surveillée, mais ne paraissant pas avoir eu de troubles sérieux.

Caractères. — L'examen à l'entrée montre une présentation de la tête très élevée, mobile à quatre travers de doigt au-dessus du pubis et qu'il est impossible de ramener par le palper au contact de l'aire du détroit supérieur; dos à gauche. Par le toucher, on arrive sur une tumeur accessible dans le cul-de-sac postérieur du vagin, de consistance mal définie, paraissant être kystique sans qu'on puisse l'affirmer.

Entre la tumeur et la paroi vaginale antérieure se trouve un cul-de-sac profond dans le fond duquel on sent à bout de doigt le col de l'utérus en arrière et au-dessus du pubis. On fait le diagnostic de tumeur probablement kystique enclavée dans le Douglas qui repousse la tête fœtale en haut et en avant. On décide d'attendre pour intervenir le début du travail.

Début du travail le 26 octobre. — Le ventre est souple dans l'intervalle des contractions utérines. Le toucher montre que la tumeur présente les mêmes caractères que pendant la gestation. Membranes intactes.

Opération. — Laparotomie. Dès l'ouverture de l'abdomen il s'écoule du liquide citrin en assez grande quantité. Extériorisation de l'utérus; on aperçoit derrière lui, un peu vers la droite, la poche à parois épaisses d'une tumeur affaissée. Césarienne conservatrice, ovariectomie droite, après ligature d'un large pédicule.

Suites opératoires. — La femme meurt quatre jours après d'une péritonite diffuse. Enfant vivant pesant 3.150 grammes, mort quarante-huit heures après la naissance pour imperforation de l'anus.

OBSERVATION XX

N° 1.005 de 1913 de la Clinique Baudelocque

Kyste de l'ovaire opéré au cours du travail: ovariectomie, accouchement spontané

En 1913, Mme B..., vingt-trois ans, brocheuse, réglée à treize ans régulièrement sans douleur, III-pare, a eu deux

accouchements antérieurs spontanés à terme, le premier il y a cinq ans, le deuxième il y a trois ans. Aucun antécédent pathologique.

Gestation actuelle. — D. R. 9 au 13 novembre.

Rien de particulier jusqu'à il y a deux semaines. Depuis lors, la femme se plaint d'une sensation de pesanteur très marquée au niveau du ventre mais n'éprouve pas de douleur.

Pas d'altération de l'état général. La femme vient consulter le 29 août et elle entre à la Clinique le lendemain matin. L'on fait les constatations suivantes : hauteur utérine : 42 centimètres, abdomen surdistendu faisant une forte saillie en avant ; nombreuses vergetures. Présentation de la tête mobile au-dessus du détroit supérieur. Au toucher, on trouve une masse dans le cul-de-sac postérieur, tumeur fluctuante faisant penser à une collection de liquide d'origine ovarienne.

On fait le diagnostic de kyste de l'ovaire et on décide d'attendre le début du travail pour intervenir.

3 septembre. — Apparition des premières contractions utérines douloureuses et rupture spontanée des membranes : on intervient aussitôt.

Opération (M. Lévy). — Laparotomie. On se trouve en présence d'un kyste qui paraît être para-ovarien. Ponction. Ovariectomie.

L'utérus est remis en position normale et l'on suture la paroi.

Une demi-heure après, accouchement spontané d'un enfant vivant pesant 3.150 grammes.

Suites opératoires. — Normales. La mère et l'enfant sortent en bon état.

OBSERVATION XXI

N° 200 de 1914 de la Clinique Baudelocque

Kyste de l'ovaire opéré au cours du travail : opération césarienne conservatrice, ovariectomie

En 1914, Mme C. C..., vingt-trois ans, conturière, réglée à onze ans, toujours régulièrement pendant quatre ou cinq

jours, ne présente pas d'antécédents pathologiques ; II-pare ayant eu un avortement à six semaines, il y a deux ans.

Gestation actuelle. — D. R. 7 au 10 mai. La gestation est bien supportée. La femme vient consulter à la Clinique Baudelocque le 21 janvier au cours du neuvième mois et on fait les constatations suivantes : hauteur utérine : 33 centimètres. Tête élevée, mobile au-dessus de l'aire du détroit supérieur, dos à droite. Enfant vivant.

Caractères. — Au toucher, on trouve un col d'aspect normal projeté en haut et en avant derrière la symphyse. Le cul-de-sac postérieur est occupé par une tumeur lisse, régulière, tendue, rénitente, qui se continue à gauche jusqu'au niveau de l'ovaire et qui paraît nettement distincte de l'utérus. Cette tumeur est franchement pelvienne et met obstacle à l'accommodation en se plaçant sur le passage de la tête. On fait le diagnostic de kyste de l'ovaire et on décide d'attendre le début du travail pour intervenir. La femme est mise en surveillance pendant un mois et le 18 février on l'opère à l'apparition des premières contractions utérines douloureuses.

Opération (M. Couvelaire). — Le 18 février. Laparotomie. On se trouve en présence d'un kyste de l'ovaire gauche, occupant tout le cul-de-sac postérieur et adhérent à la face postérieure de l'utérus. Les adhérences et le volume de l'utérus rendent impossible à ce moment l'énucléation du kyste. Opération césarienne conservatrice classique. Extraction d'une fille vivante pesant 3.220 grammes. Suture de la paroi utérine à la soie. Décortication du kyste. Ovariectomie. Suture.

Suites opératoires. — Normales, guérison. La femme part de la Clinique le 19 mars.

Examen de la pièce. — C'est un kyste mucoïde ayant la forme d'un ovale légèrement aplati, à surface lisse et régulière, de coloration gris violacé, contenant environ $3/4$ de litre d'un liquide transparent. On ne trouve pas de végétations extra-kystiques à la surface, mais un dépoli rugueux au niveau de la zone adhérente, kyste uniloculaire.

OBSERVATION XXII

N° 538 de 1919 de la Clinique Baudelocque

*Kyste de l'ovaire opéré au cours du travail :
opération césarienne, Hystérectomie*

En 1919, Mme V. F..., trente-neuf ans, couturière, réglée à seize ans et de façon irrégulière avec des périodes d'aménorrhée de un à six mois, Il-pare ayant eu un premier accouchement spontané normal il y a quatorze ans.

Gestation actuelle. — D. R. 9 au 12 août 1918. Cette femme a remarqué dès le début de sa gestation au-dessus du pubis une tumeur grosse comme un œuf, mobile, non douloureuse. Elle a éprouvé des difficultés pour la miction avec ténesme vésical, mais ses mictions n'étaient pas douloureuses. Elle est examinée le 12 avril 1919.

Caractères. — On trouve à ce moment que le col est déjeté en haut et à droite jusqu'au dessus de la symphyse pubienne. Toute l'excavation est remplie par une tumeur volumineuse que l'on considère comme un kyste de l'ovaire gauche. Hauteur utérine : 33 centimètres. Présentation du siège, dos à droite. Le 13 mai on trouve une présentation de la tête, mais cette tête est projetée en avant et déborde au-dessus de la symphyse ; toute l'excavation est occupée par une tumeur légèrement fluctuante à tension faible qui repousse le col en haut et à droite : on fait le diagnostic de kyste de l'ovaire compliquant la gestation et au début du travail on intervient.

Opération (M. Couvelaire). — Le 15 mai, laparotomie, extériorisation de l'utérus, qui, basculé en avant, laisse voir une masse volumineuse, plaquée contre la face postérieure du segment inférieur et la paroi vaginale. Le vagin est allongé et comme étiré.

Cette masse occupe transversalement tout le cul-de sac de Douglas, elle est particulièrement développée à gauche et elle adhère à l'épiploon et à la portion transversale de l'anse sigmoïde. Opération césarienne, extraction de l'enfant et du

placenta, bascule de l'utérus en avant, décollement de la masse kystique.

La décortication est particulièrement difficile à gauche où la masse se rompt. Libération des brides épiploïques intestinales. Section du pédicule qui, contrairement aux apparences, se trouve du côté droit. La tumeur est un kyste dermoïde. Il existe une vaste surface cruentée qui nécessite l'hystérectomie. Sutures.

Suites opératoires. — Normales, guérison.

Enfant pesant 3.250 grammes.

Examen de la pièce. — Gros kyste dermoïde contenant une certaine quantité (200 grammes environ) de matière sébacée. Son volume est celui de deux poings, ses parois épaisses sont de coloration bleu-violacée. Sa face extérieure présente la trace d'adhérences mais on n'y voit pas de végétations extra-kystiques.

OBSERVATION XXIII

N° 1193 de 1919 de la Clinique Baudelocque

*Kyste de l'ovaire opéré au cours du travail :
opération césarienne, hystérectomie.*

En 1919, Mme B. M..., trente ans, sans profession, réglée à dix ans et demi régulièrement, sans douleurs, pendant sept jours, n'a pas d'autres antécédents pathologiques qu'une rougeole à l'âge de deux ans.

Gestation actuelle. — I-pare, D. R. 15 à 20 novembre 1918.

La gestation n'a été troublée par aucune complication mais une sage-femme a remarqué à partir du quatrième mois un développement excessif du ventre qui n'était pas en rapport avec l'âge de la gestation.

Le 6 août, elle entre à la clinique Baudelocque.

Caractères. — Le ventre est très développé : la tumeur abdominale est haute de 42 centimètres et la circonférence au niveau de l'ombilic mesure 113 centimètres. On note de l'œdème sus-pubien et de l'œdème des membres inférieurs. Vergetures très marquées.

Au palper, on sent une tête dans l'hypogastre droit et au niveau du flanc gauche une grosse tumeur rétinente, difficile à délimiter, faisant penser à un kyste de l'ovaire.

Au toucher, on trouve le col en haut et en avant repoussé sous la symphyse. Tout le cul-de-sac postérieur est rempli par une tumeur qui correspond à la tumeur que l'on a trouvée dans le flanc gauche. On pose le diagnostic de kyste de l'ovaire.

Le 22 septembre à 18 heures, rupture de la poche des eaux.

Opération (M. Lévy) 22 septembre. — Laparotomie. Un peu d'ascite citrine dans laquelle on trouve deux corps étrangers péritonéaux, l'un comme un grosharicot, l'autre comme une lentille. Extériorisation de l'utérus; énucléation d'un volumineux kyste de l'ovaire gauche dont une partie pénétrant dans l'excavation pelvienne. Ce kyste est relié à l'utérus par un pédicule; il adhère au niveau du côlon sigmoïde et du ligament large. Extraction du kyste gauche. On trouve un autre kyste gros comme deux poings, lequel est également proevia. Dans ces conditions, on décide de pratiquer une opération césarienne suivie d'hystérectomie. Extraction d'un enfant vivant pesant 4.350 grammes.

Suites opératoires. — Normales, guérison sort en bon état le 18 octobre 1919.

Examen de la pièce. — Kystes bilatéraux: kyste de l'ovaire gauche très volumineux, kyste de l'ovaire droit gros comme deux poings. Leur coloration est bleuâtre et leurs parois assez épaisses sont sillonnées d'un réseau veineux assez développé; tous deux sont pluriloculaires. Leur face extérieure présente la trace de multiples adhérences, mais on n'y trouve pas de végétations extra-kystiques.

OBSERVATION XXIV

N° 495 de 1920 de la Clinique Baudelocque

Kyste de l'ovaire compliquant la gestation. — Opération au début du travail. — Ovariectomie. — Accouchement au forceps

Mme M..., trente-et-un ans, employée, réglée à seize ans de façon régulière pendant cinq à six jours, a souffert d'enté-

rite muco-membraneuse pendant trois ans à partir de l'âge de dix-sept ans, 1-pare.

Gestation actuelle. — D. R. 4 à 10 mai 1919.

Cette femme a été examinée au cinquième mois de sa gestation. A ce moment, on a trouvé la présence dans le cul-de-sac postérieur d'une masse très volumineuse, un peu douloureuse, de consistance rénitente, qui repoussait le col en avant et en haut, derrière la symphyse. Pas de troubles de l'état général.

La femme a été surveillée à partir de ce moment : elle a été revue plusieurs fois et avertie d'une opération possible au moment de l'accouchement. Elle entre à la Clinique le 27 janvier 1920, au début du neuvième mois de sa gestation. La femme raconte, en arrivant, qu'il y a huit jours elle a eu l'impression que « son ventre descendait plus bas », la gênant moins en haut et pesant en bas, et depuis ce moment elle a remarqué l'apparition de douleurs dans les deux fosses iliaques.

Le 27 janvier, l'utérus présente une saillie normale longitudinalement développée, d'une hauteur de 37 centimètres. Présentation de la tête mobile, haut située, presque sous-ombilicale, projetée en avant, dos à gauche.

Caractères. — Au toucher, on arrive d'emblée sur une tumeur pelvienne volumineuse obstruant complètement l'excavation, de consistance rénitente. Pour atteindre le col, il faut introduire le doigt dans l'étroit couloir compris entre la tumeur et la face postérieure de la symphyse : le col est très haut situé, petit, fermé. Au toucher rectal, la limitation de la tumeur est plus nette dans sa partie inférieure, et la tumeur paraît plus tendue.

Le 15 mars, apparition des premières contractions utérines douloureuses. On décide d'intervenir.

Opération. — Le 15 mars. — Laparotomie sous anesthésie au chloroforme. Extériorisation de l'utérus qui est basculé en avant. Enucléation d'un kyste mucoïde du volume de deux poings, de forme cylindroïde et qu'on extrait facilement du cul-de-sac postérieur. Le kyste est développé aux dépens de l'ovaire droit ; il présente des adhérences avec l'autre côté de l'utérus par une large bride qui prend la face postérieure de l'utérus en écharpe. Ligature du pédicule,

ablation du kyste. L'utérus est remis en place sans grande difficulté. Suture de la paroi.

A la fin de l'opération, le col se trouve placé au centre de l'excavation du bassin.

Cinq heures après l'opération, la dilatation est complète et la tête engagée dans l'excavation. On fait à ce moment une application de forceps et on extrait un enfant vivant, du poids de 3.650 grammes. Délivrance normale.

Suites opératoires. — Normales, guérison.

Examen de la pièce. — Gros kyste muqueux pluriloculaire, de forme un peu irrégulière et de coloration bleu-violacée. Son volume est celui de deux poings environ et ses parois assez épaisses portent la trace d'adhérences. Pas de végétations extra-kystiques.

OBSERVATION XXV

N° 892 de 1900 de la Clinique Baudelocque

*Kyste dermoïde ponctionné au cours du travail. —
Infection grave après un accouchement spontané*

Mme L. Y..., vingt et un an, institutrice, ayant été réglée à onze ans, toujours régulièrement, présente comme antécédents pathologiques : la rougeole et la varicelle pendant son enfance. Elle a été traitée pour chloro-anémie et bronchite à l'âge de dix-huit ans. I-parè.

Gestation actuelle. — D. R. 28 à 30 juillet 1899.

Pendant les premiers jours d'octobre, au cours d'une forte grippe, cette femme a eu quelques contractions douloureuses qui ont fait craindre un avortement. Elle a eu le mois dernier des vomissements biliaires qui ont duré huit jours et depuis trois mois a des selles sanguinolentes.

15 mai 1900. — Elle arrive à la Clinique. On trouve au toucher, une tumeur qui occupe presque tout le vagin, plus grosse à droite qu'à gauche et qui repousse le col en haut derrière la symphyse. La femme a des contractions utérines douloureuses. Il se forme une poche des eaux qui se rompt spontanément donnant issue à un liquide teinté de méco-

nium. On trouve une présentation du siège. La dilatation est de 1 franc.

Intervention. — On se décide à faire une ponction de la tumeur par la voie vaginale. On retire des cheveux et de la matière sébacée. On complète la ponction par une incision du cul-de-sac postérieur : il s'écoule de la matière sébacée en grande quantité. La dilatation se complète peu à peu. Accouchement spontané d'un enfant vivant pesant 3.530 grammes.

Suites opératoires. — Bonnes d'abord, mais le 18 juin la femme qui souffrait depuis quelques jours, constate l'irruption par l'ombilic de pus extrêmement fétide en très grande quantité, évaluée à plusieurs litres.

L'état général est très grave pendant plusieurs jours, la malade est dans un état de collapsus très grave 35'3, mais elle s'améliore cependant lorsque le 24 juin elle commence une phlébite.

Elle guérit finalement.

OBSERVATION. XXVI

N° 1.675 de 1909 de la Clinique Baudelocque

*Kyste de l'ovaire ponctionné au cours du travail
application de forceps.*

G... A., I-pare, vingt-trois ans, sans antécédents pathologiques. Régliée à seize ans et demi.

Gestation actuelle. — D. R., 9 au 13 janvier. Ne consulte pas pendant toute la durée de sa gestation et vient à la Clinique étant en travail le 16 octobre à midi.

Caractères. — L'abdomen présente un développement exagéré et deux saillies s'y dessinent : à gauche une saillie ovoïde à grosse extrémité supérieure, paraissant être l'utérus et mesurant 43 centimètres de hauteur ; à droite et sur la ligne médiane une deuxième saillie dépassant de 5 centimètres le niveau de l'ombilic et repoussant la première vers la gauche.

Au palper, on constate que la saillie gauche est bien constituée par l'utérus renfermant un fœtus. Quand à la saillie droite, séparée par un sillon très net de l'utérus, elle paraît

être constituée par une masse liquide, fluctuante et très tendue que l'on prend d'abord pour la vessie, d'autant que la femme déclare n'avoir constaté cette grosseur que depuis quatre jours.

Plusieurs cathétérismes ne ramènent que quelques gouttes d'urine et le diagnostic de distension vésicale est alors abandonné pour celui de tumeur kystique.

Au toucher, cul-de-sac antérieur tendu, col presque complètement effacé, ouvert comme 1 franc et situé en arrière.

Opération, 6 heures soir. — MM. Couvelaire et Mouchotte sont d'avis de pratiquer une ponction. M. Mouchotte fait une ponction abdominale et recueille 950 grammes de liquide rougeâtre.

A mesure que la cavité kystique se vide, la tête fœtale se déplace et vient se mettre dans l'aire du détroit supérieur. Elle est alors maintenue par une ceinture eutocique.

17 octobre, 7 heures matin. — La tête descend lentement dans l'excavation.

La dilatation est de deux francs.

1 heure soir. — Dilatation d'une petite paume de main, l'engagement s'effectue.

5 heure soir. — Rupture spontanée des membranes.

Minuit. — Dilatation complète. Après une heure de période d'expulsion et sur le conseil de M. Couvelaire, on fait une application de forceps.

Extraction d'un enfant du poids de 3.000 grammes.

Suites. — Les jours suivants, on assiste au développement très rapide du kyste.

21 octobre. — La saillie est à 10 centimètres au-dessus du pubis, l'utérus est refoulé vers la gauche.

23 octobre. — Elle est à 12 centimètres au-dessus du pubis.

26 octobre. — Elle est à 13 centimètres. La femme quitte la Clinique le 29.

OBSERVATION XXVI bis

Accouchement spontané après guérison d'un kyste para-ovarique ponctionné lors de l'accouchement précédent. Ovariectomie trois ans après.

Femme réglée à treize ans et demi, sans antécédents pathologiques. A eu le 7 mars 1899, étant âgée de vingt-trois ans, un avortement au troisième mois.

Deuxième gestation. — D. R. 4 décembre 1899. — Gestation normale jusqu'au 22 septembre 1900. A cette date, elle perd les eaux prématurément ; le 27, elle entre à la Maternité.

Caractères. — On constate que l'utérus est fortement incliné à droite. Son fond ramené sur la ligne médiane est à 32 centimètres du pubis.

La tête fœtale est dans la fosse iliaque gauche ; le siège dans l'hypochondre droit, le dos en avant. Le palper de l'excavation ne révèle l'existence d'aucune tumeur saillante au-dessus de l'aire du détroit supérieur.

Par le toucher au contraire, le doigt vient buter immédiatement contre une tumeur qui remplit les $\frac{3}{4}$ de l'excavation. Cette tumeur fait bomber en avant la paroi vaginale postérieure ; elle est située en avant du rectum (toucher rectal). Elle est fluctuante, peu tendue et non mobilisable.

En remontant au-devant de cette tumeur dans l'étrait couloir vaginal, le doigt arrive très haut sur le col reporté derrière et contre le pubis.

Ponction. — Le 27 à midi. M. Porak ponctionne la tumeur par le vagin. Un liquide limpide comme de l'eau de roche s'écoule : 460 grammes ont été recueillis.

A mesure que le liquide s'écoule, la tumeur s'affaisse rapidement : l'obstacle est levé. M. Porak va immédiatement après avoir dilaté manuellement le col dans la mesure nécessaire à l'introduction de la main, chercher le pied gauche qu'il amène à la vulve et sur lequel on place un lacs. L'évolution s'est faite facilement.

TABLEAU III

KYSTES DE L'OVAIRE COMPLIQUANT LA GESTATION, LE TRAVAIL OU LES SUITES DE COUCHES

Kystes non traités

Statistique de Baudelocque	Obs.	Siège	Nature probable	Accidents	Enfant	Mère
1.280 de 1898....	27	Pelvien	Mucoïde ?	Accouchement prématuré.	1.770 gr. Vivant	—
531 de 1910.....	28	Abdominal	Mucoïde	Pas d'accidents.	Terme	—
889 de 1910.....	29	Abdominal	Mucoïde	Avortement au troisième mois.	—	—
1598 de 1911.....	30	Abdominal	Dermoïde ?	Présentation du siège. Procidence du cordon.	Mort	—
714 de 1917	31	Abdominal	?	Présentation du siège. Accouch. prématuré.	2.300 gr. Vivant	—
908 de 1891	32	Pelvien	Mucoïde ?	Application de forceps au D. S.	Mort	—
41 de 1904.....	33	Pelvien	Mucoïde ?	Refoulement. Accouchement spontané.	Vivant	—
Accouchement normal.....						
Présentation vicieuse.....			1	Enfant vivant et à terme.....	2	
Application de forceps au D. S.....			2	Enfant prématuré.....	2	(1.770 et 2.300)
Accouchements prématurés.....			1	Avortement	1	
Accouchement spontané après refoulement.....			2	Enfant mort.....	2	
			1	Soit mortalité infantile approximativement : 50 o/o		

A midi et demi, tout était fini.

A 1 heure, on n'entend plus les bruits du cœur fœtal.

A 5 h. 45 extraction du siège, l'enfant frais mort pesait 3.250 grammes.

Délivrance normale. Suites de couches normales.

Troisième gestation. — D. R., 6 septembre 1901. Gestation normale.

Entre à Baudelocque le 14 juin 1902.

Caractères. — Fond de l'utérus à 32 centimètres au-dessus du pubis.

Présentation de l'extrémité céphalique. Tête fixée au détroit supérieur. Dos à gauche.

Le toucher vaginal ne révèle aucune particularité : le col entr'ouvert est en situation normale. Au travers des culs-de-sac souples, non douloureux, le doigt explore le segment inférieur de l'utérus sans rencontrer le moindre vestige de la tumeur.

Le 19 juin à midi, expulsion spontanée d'un garçon pesant 3.410 grammes.

Suites de couches normales.

Trois ans plus tard, cette malade revient à la Clinique et M. Couvelaire constate l'existence d'un kyste de l'ovaire qui est enlevé sans incident. Il s'agissait d'un kyste para-ovarique.

C. — Kystes non traités

(TABLEAU III)

OBSERVATION XXVII

N° 1280 de 1898 de la Clinique Baudelocque

*Kyste de l'ovaire compliquant la gestation :
accouchement prématuré*

En 1898, Mme E. J..., vingt-quatre ans, réglée régulièrement depuis l'âge de dix ans, antécédents pathologiques nuls. II-pare, premier accouchement somptané à terme.

Gestation actuelle. — D. R. 10 au 13 décembre 1897. Aucun trouble pendant la grossesse. Dans la nuit du 27 au 28 juil-

let, rupture de la poche des eaux. La femme vient à la Clinique Baudelocque.

Caractères. — A l'examen, on trouve une tête très mobile au-dessus du détroit supérieur avec dos à droite. Le corps de l'utérus est fortement dévié à droite ; le fond se trouve à 34 centimètres au-dessus de la symphyse. Au toucher, on sent difficilement le col fortement rejeté en avant et très élevé. En arrière, occupant toute la concavité du sacrum, repoussant en avant la paroi postérieure du vagin et semblant remonter dans l'abdomen à gauche de l'utérus, se trouve une tumeur du volume d'une tête de fœtus, assez tendue et qui paraît complètement indépendante de l'utérus. Les mouvements de latéralité communiqués à l'utérus, ne se transmettent nullement à la tumeur. En combinant le toucher et le palper, on constate une certaine fluctuation, plus perceptible encore si on fait soulever l'utérus à droite.

On fait le diagnostic de kyste de l'ovaire compliquant la gestation et on décide d'intervenir.

Accouchement. — Le 30 juillet au matin, la femme commence à avoir les premières douleurs et à 15 h. 50, sans qu'on soit intervenu, elle expulse spontanément un enfant du sexe féminin du poids de 1.770 grammes avec un bipariétal de 7,4.

Suites de couches. — Normales. En pratiquant le toucher après la délivrance, on trouve encore le col très élevé au-dessus de la symphyse pubienne ; le corps est toujours déjeté à droite. La concavité du sacrum est occupée par une tumeur molle, fluctuante, dépressible, occupant plutôt la partie gauche du petit bassin. Le kyste dont la tension semble avoir augmenté remonte à 16 centimètres au-dessus du bord supérieur de la symphyse. Son plus grand diamètre transversal est de 19 centimètres.

La malade sort sur sa demande le 8 août.

OBSERVATION XXVIII

N° 531 de 1910 de la Clinique Baudelocque

Kyste de l'ovaire permettant un accouchement spontané à terme

En 1910, Mme J. J..., vingt-quatre ans, réglée toujours régulièrement, depuis l'âge de quatorze ans. Primipare.

Gestation actuelle. — D. R. 15 au 21 juillet? La femme vient se faire examiner à la Clinique le 15 février.

Caractères. — La hauteur de l'utérus sur la ligne médiane, est de 35 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne; 38 à droite, 35 à gauche. Tête qui se fixe, dos à gauche, bruits du cœur normaux. A la palpation, on sent au fond de l'utérus et à droite, une tumeur de la grosseur d'un gros poing de consistance molle, non adhérente à la face profonde de la paroi abdominale et mobile par rapport à l'utérus. Cette tumeur est résistante, très mobile et en rapport avec le rebord inférieur du foie; elle est indolore et on parvient facilement à la réduire et à la faire disparaître sous les fausses côtes. Cette tumeur a passé inaperçue avant et pendant la gestation jusqu'à il y a environ un mois. On fait le diagnostic de kyste de l'ovaire.

Accouchement. — Accouchement spontané à terme le 28 mars. Enfant pesant à la naissance 3.980 grammes.

Suites de couches. — Normales.

Depuis l'accouchement, on trouve toujours une tumeur nettement mobile que l'on peut déplacer vers l'hypochondre droit et ramener au-dessus de l'utérus vers la ligne médiane. Elle est indépendante de l'utérus.

La femme sort sur sa demande, sans avoir été traitée.

OBSERVATION XXIX

N° 889 de 1910 de la Clinique Baudelocque.

Kyste de l'ovaire compliquant la gestation. — Torsion du kyste, avortement au troisième mois

Mme B. J..., trente-deux ans, mécanicienne, réglée à onze ans de façon irrégulière pendant un an mais régulièrement dans la suite: ne présente pas d'antécédents pathologiques; VI-pare, ayant eu trois accouchements spontanés à terme et normaux suivis de deux avortements au troisième mois dont on n'a pas trouvé la cause.

Toutefois, cette femme a souffert du ventre depuis longtemps, particulièrement après son deuxième avortement;

douleurs par crises survenant tantôt à gauche, tantôt à droite.

Gestation actuelle. — D. R. 14-17 février 1910.

Au troisième mois de la gestation, le 16 mai, la femme a des pertes sanguines qui durent pendant cinq jours de façon continue, cette date correspond à l'époque à laquelle elle serait réglée. A l'examen, on trouve à ce moment l'utérus augmenté de volume ayant les caractères d'un utérus gravide et on croit sentir dans la fosse iliaque droite une tuméfaction du volume d'une mandarine très mobile.

Les pertes sanguines continuent, la femme revient le 7 juin : par le palper combiné au toucher, on sent l'utérus qui remonte à 4 travers de doigt au-dessus du pubis et à sa droite on perçoit très nettement une tumeur du volume d'une petite orange se dessinant même sur la paroi. Cette tumeur mobile, non douloureuse, rénitente, est assez facile à délimiter.

On fait le diagnostic de kyste de l'ovaire compliquant la gestation.

Avortement. — Le 9 juin, la femme se plaint de douleurs dans le ventre, douleurs spontanées, violentes, devenant plus vives à la palpation. Le facies est grippé, la température s'élève à 39°4, le pouls s'accélère, les symptômes péritonéaux et l'état général font faire le diagnostic de kyste de l'ovaire en voie de torsion. On fait à la malade une piqûre de morphine et on la met en surveillance.

Le soir même, apparaissent des contractions utérines douloureuses, on fait une nouvelle injection de morphine mais la femme avorte le lendemain matin.

Suites. — Normales.

Il semble bien d'après l'histoire de la malade que le deuxième avortement ressemble au troisième et qu'il serait légitime de les attribuer tous deux à une complication du kyste de l'ovaire. Nous ne savons si on peut lui attribuer aussi le premier.

La malade est partie sans avoir été opérée et nous n'avons malheureusement pu savoir ce qu'elle est devenue.

OBSERVATION XXX

N° 1598 de 1911 de la Clinique Baudelocque

*Kyste de l'ovaire compliquant le travail : présentation
du siège, procidence du cordon*

En 1911, Mme P. C..., trente-sept ans, ménagère, réglée à quinze ans, toujours régulièrement, sans antécédents pathologiques, II-pare ayant eu un premier enfant à terme avec accouchement spontané.

Gestation actuelle. — D R. 17 au 20 janvier : Pendant toute sa grossesse, la femme ne vient consulter qu'une fois à la Clinique le 3 juillet et on fait les constatations suivantes : Tumeur abdominale, dépassant l'ombilic, de consistance mollassse, auscultation négative, possibilité de rétention. Depuis, elle n'a plus consulté, la grossesse aurait évolué normalement, la femme sentant remuer jusqu'au 13 novembre et n'ayant jamais présenté aucun symptôme particulier. Le 13 novembre, premières contractions utérines douloureuses; la femme entre à la Clinique.

Caractères. — Hauteur de l'utérus au début du travail : 47 centimètres. Femme obèse à parois très épaisses, œdématisées.

A la palpation, masse énorme bilobée remontant à trois travers de doigt au-dessous de l'épigastre, semblant à première vue constituée soit par un utérus atteint de malformation, soit par un utérus flanqué d'une tumeur. L'utérus est étiré, repoussé dans le flanc droit : on sent un pôle inférieur profondément engagé, un pôle supérieur situé au fond de l'utérus, un plan résistant à droite, séparé du pôle inférieur par un sillon profond, le sillon du cou.

On fait le diagnostic de présentation du siège, procidence du cordon.

Le flanc gauche de l'utérus est flanqué d'une masse de consistance élastique, sphérique, présentant à sa surface des irrégularités, de consistance cartonneuse et ayant le volume d'une grosse tête d'adulte, qui est située à gauche, sur un plan plus antérieur que l'utérus. Elle remonte à 44 centi-

mètres au-dessus du pubis et affleure le détroit supérieur par son pôle inférieur en s'étalant dans le flanc gauche vers la région rénale. Contrairement à l'utérus, cette tumeur ne se contracte pas. Au toucher, l'orifice du col est repoussé dans la moitié droite du bassin par le pôle inférieur de la tumeur qui bombe dans le cul-de-sac vaginal gauche. On pose le diagnostic de présentation du siège complet et kyste de l'ovaire gauche.

Accouchement. — Sous anesthésie, extraction du siège. La tumeur kystique remonte dans l'abdomen à mesure que le fœtus descend. On s'apprêtait à faire une basiotripsie sur tête dernière, mais elle fut expulsée spontanément. Enfant mort-né.

Délivrance artificielle qui permet de confirmer le palper et montre la complète indépendance de la tumeur kystique de l'utérus.

Suites de couches. — Normales.

OBSERVATION XXXI

N° 714 de 1917 de la Clinique Baudelocque

*Kyste de l'ovaire déterminant un accouchement prématuré.
Présentation du siège*

Mme L. J..., dix-neuf ans, réglée à douze ans, toujours régulièrement, sans antécédents pathologiques.

Gestation actuelle. — D. R. 18-24 septembre 1916. Gestation surveillée à Baudelocque où l'on constate à un premier examen, au cours du cinquième mois, qu'il existe au-dessus de l'utérus légèrement dévié à gauche, une tumeur dont le volume ne peut être évalué, en raison de la résistance particulière de la paroi abdominale.

Accouchement. — 21 juin. — Hauteur de l'utérus : 32 centimètres. Siège décomplété, mode des fesses. Rupture spontanée des membranes : le siège se dégage sans difficultés et l'on extrait la tête par la manœuvre de Mauriceau-Pinard. La délivrance se produit naturellement trente minutes après.

Enfant pesant 2.300 grammes.

Après l'évacuation de l'utérus, celui-ci étant bien rétracté, la tumeur se sent nettement. Elle s'étend du fond de l'utérus à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et de l'ombilic à la crête iliaque. Consistance kystique.

OBSERVATION XXXII

N° 908 de 1891 de la Clinique Baudelocque

Kyste de l'ovaire compliquant le travail. — Application de forceps

Mme D. H., domestique, I-pare.

Gestation actuelle.—Dernières règles: 28 septembre 1890.

1^{er} juin. — La femme perd un peu de sang, elle consulte une sage-femme qui lui conseille de venir à la Clinique Baudelocque.

10 juin. — Elle entre à la Clinique avec les signes suivants : H. U. 35 centimètres, utérus incliné à droite; présentation d'une tête mobile. Auscultation du cœur fœtal bonne.

Caractères. — Le fœtus est repoussé en avant par une tumeur qui siège à gauche. Au toucher, on sent dans le cul-de-sac postérieur du vagin une tumeur qui gêne considérablement le toucher. Le col est situé en haut et en avant, au-dessus de la symphyse. Cette tumeur fluctuante, distincte de l'utérus, semble se continuer avec une autre que l'on sent dans la fosse iliaque gauche. On pose le diagnostic de kyste de l'ovaire.

13 juin. — La tête est située dans la fosse iliaque droite. Les urines contiennent des traces d'albumine.

12 juillet. — Apparition des premières contractions utérines douloureuses. Au fur et à mesure que le travail avance on peut constater le mouvement ascensionnel du kyste.

Le kyste est tout entier contenu dans le flanc gauche et en arrière.

Les bruits du cœur se modifient : on procède à une application de forceps quoique la tête soit encore élevée.

Extraction d'un enfant mort pesant 2.620 grammes.

Délivrance normale.

OBSERVATION XXXIII

N° 41 de 1904 de la Clinique Baudelocque

Kyste de l'ovaire refoulé manuellement. — Accouchement spontané.

G. M..., trente-trois ans, III-pare.

On a diagnostiqué trois jours après son 2^e accouchement un kyste de l'ovaire gauche, de la grosseur d'une orange.

Gestation actuelle. — D. R., 31 mars-4 avril.

6 janvier. — La femme vient à la Clinique Baudelocque à 17 h. 30 ; contractions utérines douloureuses et fréquentes.

Caractères. — Au toucher, le doigt rencontre immédiatement une masse assez volumineuse plongeant dans l'excavation de consistance rénitente, très tendue et remontant dans la fosse iliaque gauche et refoulant la paroi antérieure du vagin surtout à gauche.

Cette tumeur est antérieure à la tête fœtale qui tend à se fixer. Au moment des contractions, cette tumeur formée par un kyste de l'ovaire gauche, se tend fortement et bombe dans le vagin.

Ce n'est qu'après ces constatations et pressée de questions que la femme avoue avoir été prévenue de l'existence de ce kyste ovarien, après son deuxième accouchement.

A 6 h. 15 du soir, M. Delestre parvient à l'aide de deux doigts introduits dans le vagin à refouler le kyste qui s'échappe brusquement, cependant que la femme accuse une légère sensation douloureuse.

Le kyste tombe dans la fosse iliaque gauche. Son volume est celui d'une grosse orange. Un sillon très accusé le sépare de l'utérus.

La tête s'engage aussitôt, elle appuie sur le col qu'elle dilate rapidement.

A 6 h. 45, expulsion spontanée d'un enfant vivant pesant 2.780 grammes.

Délivrance normale.

Suites de couches normales.

TABLEAU IV

KYSTES DE L'OVAIRE COMPLIQUANT LES SUITES DE COUCHES

Kystes opérés au cours des suites de couches

Statistique de Baudelocque	Observations N ^o .	Siège du kyste	Nature du kyste	Opération	Enfant	Mère
Mai 1920	34	Abdominal	Mucoïde	Ovariectomie pour acci- dents, 9 jours après.	Vivant	Mort
652 de 1903	35	Abdominal	Mucoïde	Ovariectomie 2 mois 1/2 après accouchement.	Vivant	Vivant

D. — Kystes opérés au cours des suites de couches

(TABLEAU IV)

OBSERVATION XXXIV

Mai 1920 de la Clinique Baudelocque

Kyste multiloculaire de l'ovaire permettant un accouchement spontané. Après l'accouchement hémorragie intrakystique et sphacèle d'une des poches. — Ovariectomie neuf jours après l'accouchement. — Mort.

Mme N. J..., vingt-sept ans, domestique, réglée à quinze ans toujours régulièrement pendant quatre à cinq jours, ne présente pas d'antécédents pathologiques, I-pare.

Gestation actuelle. — D. R., 15 à 20 juillet 1919.

Cette femme a présenté des vomissements fréquents au début de sa gestation et une hémorragie légère qui a duré deux jours à la fin de novembre, au quatrième mois de la gestation.

Elle entre à la Clinique Baudelocque le 21 avril à cause du volume exagéré du ventre qui est étalé en ventre de batracien.

On n'a pas fait le diagnostic de kyste ovarique, mais le

diagnostic était orienté vers l'hydramnios avec possibilité de gestation gémellaire. On ne percevait nettement qu'un fœtus en présentation céphalique, tête élevée au-dessus de l'aire du détroit supérieur. Elle accouche spontanément le 3 mai, après une période de travail qui a duré dix-sept heures, d'un enfant vivant de sexe masculin, pesant 2.950 grammes. Délivrance spontanée quinze minutes après l'accouchement.

Après l'accouchement, l'utérus se rétracte normalement, il remonte à 20 centimètres au-dessus du pubis; le ventre reste gros et étalé. A la percussion, on trouve une zone de matité dans la fosse iliaque gauche, surmontée d'une zone de sonorité au-dessus de l'ombilic; on délimite une tumeur molle, indolore, rénitente, paraissant liquide et l'on fait le diagnostic de kyste de l'ovaire. L'état général est bon.

11 mai. — La femme souffre pendant toute la nuit, par crises de coliques, sans envie de vomir et sans qu'on puisse lui faire préciser le siège des douleurs. L'abdomen n'est pas météorisé. Pas de défense musculaire; la tumeur est plus tendue, douloureuse à la palpation.

La température s'élève le 12 mai à 38°4, le pouls devient accéléré à 120. On décide d'intervenir.

Opération. — Laparotomie (M. Couvelaire). Ascite assez abondante, citrine et très visqueuse. On arrive sur un kyste très tendu à paroi mince et ne présentant qu'une adhérence peu étendue et très lâche à la région ombilicale. Le kyste est multiloculaire. En essayant de le mobiliser on ouvre quelques-unes des loges d'où s'écoule du liquide transparent mucoïde. Il est difficile à mobiliser. A sa partie postérieure et supérieure, il y a une loge dont les parois sont violacées et apoplectiques: cette loge rompue au cours des manœuvres d'extériorisation contient un pus mal lié. Le kyste plus mobilisable en bas est attaqué par cette extrémité: on l'extirpe après section du pédicule. Il n'y a pas d'adhérences constituées, mais le paquet des anses intestinales sous-jacentes, aplaties, paralysées, est rouge, dépoli, et couvert d'une membrane pyoïde. L'estomac est distendu, le colon ne l'est pas. Utérus normal dépassant à peine la symphyse.

Fermeture de la paroi sans drainage. Durée totale de l'opération: quarante minutes.

Pendant toute la fin de l'opération, la malade anesthésiée

à l'éther n'a cessé d'être cyanosée, vomissant sans efforts de la bile et finalement des liquides bruns.

Ramenée dans son lit (pouls 160) elle est prise très soudainement, au moment où on lui fait une injection sous-cutanée d'huile camphrée, de dyspnée, d'expectoration mousseuse : elle se cyanose à nouveau, devient livide et meurt au bout de quelques minutes.

L'autopsie ne révèle aucune lésion à laquelle on puisse attribuer cette fin rapide.

Examen de la pièce. — Kyste pluriloculaire, mucoïde, transparent, pesant 6 kgr. 750.

Dans le mucus, coagulé par les réactifs et très colorable, on trouve de rares éléments cellulaires, à noyau complet, homogène et avec protoplasma homogène. Quelques vacuoles, résidus de cellules en histolyse.

OBSERVATION XXXV

N° 652 de 1903 de la Clinique Baudelocque

Kyste de l'ovaire opéré deux mois et demi après l'accouchement

E... L., vingt-cinq ans, II-pare ; pas d'antécédent pathologique. Premier accouchement normal : enfant vivant.

Gestation actuelle. — Dernières règles 25-31 : juillet.

En août 1902, la femme ressent des douleurs dans la fosse iliaque droite ; douleurs lancinantes, s'irradiant vers le sein droit et les lombes. Augmentation du volume de l'abdomen.

En janvier, les douleurs deviennent plus violentes, calmées par le repos au lit, augmentées par la fatigue.

Caractères. — Le 17 avril, la femme vient à la Clinique Baudelocque. A l'inspection, le ventre est séparé par un sillon en deux tumeurs. A la palpation, on reconnaît à gauche l'utérus renfermant un fœtus placé longitudinalement. A droite, on sent une tumeur très fluctuante, peu tendue, dont l'extrémité supérieure semble s'insinuer sous les cartilages costaux. On fait le diagnostic de kyste de l'ovaire. L'utérus

est rejeté à gauche et tordu sur son axe (la face antérieure regarde en avant et à droite).

Début du travail : 17 avril, 10 heures du matin.

Présentation O. I. G. A. — B. D. C. bons.

18 avril, 6 heures du matin, dilatation complète ; rupture artificielle des membranes. La femme expulse spontanément à 6 h. 30 du matin un garçon pesant 3.900 grammes, vivant.

Délivrance normale.

Suites de couches normales.

Le 8 juillet 1903, M. Segond a pratiqué l'ovariotomie.

CHAPITRE V

CONCLUSIONS

La conduite à tenir en présence d'un kyste ovarique, compliquant la gestation, la parturition et les suites de couches peut se résumer de la façon suivante :

1° Kyste diagnostiqué pendant la gestation.

— *Pendant les premiers mois* : ovariectomie systématique, immédiate, même s'il n'y a pas de complications.

Pendant les derniers mois : ovariectomie systématique, si le kyste est *abdominal*.

Lorsque le kyste est *pelvien*, il y a, semble-t-il, intérêt à différer l'opération jusqu'au moment du travail, l'ablation du kyste plus laborieuse pouvant entraîner l'accouchement prématuré ou n'être pas possible sans évacuation préalable de l'utérus.

2° Kyste diagnostiqué pendant le travail.

Kystes abdominaux : abstention.

Kystes pelviens : le traitement de choix est la laparotomie qui permettra : soit l'ablation pure et simple du kyste après extériorisation de l'utérus gra-

vide, suivie de l'accouchement par les voies naturelles ; *soit*, lorsque l'extériorisation du kyste est impossible du fait de la gêne apportée par la présence de l'utérus gravide, l'opération césarienne, permettant d'évacuer l'utérus et suivie de l'ablation de la tumeur. Suivant les cas, cette opération sera conservatrice ou suivie d'hystérectomie.

3° Kyste diagnostiqué pendant les suites de couches. — L'ovariotomie est formellement indiquée, elle sera aussi précoce que possible dans les jours qui suivent l'accouchement, même en l'absence de toute complication.

Vu : le président de la thèse,
COUVELAIRE

Vu : le doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le recteur de l'Académie de Paris :
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Andérodias.* — Ovariectomie double (Société d'Obstétrique de Paris, III, 1900, p. 549).
- Audebert.* — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, novembre 1904.
- Aza.* — Kyste dermoïde du paraovaire coexistant avec la grossesse (Revista Espanola di Obstetrica y Gynecologia Madrid, janvier 1919).
- Bar.* — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1902, p. 253.
- Beach.* — Ménagement of ovarian tumors complicating Pregnancy, Labor and the Puerperium (American Journ. of Obstetric, 1916, p. LXXIII, p. 1029).
- Bossi (L.-M.).* — Sulle etisti ovariche quali cause distociche (An. di Ostet. Milano, 1900, XXII, 863-860).
- Bouffe de Saint-Blaise.* — Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, 8 novembre 1909.
- Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, juillet 1910.
- Bué.* — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, novembre 1906, p. 321.
- Champetier de Ribes et Couvelaire.* — Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris. Séance du 5 octobre 1899, p. 199.
- Chevillotte.* — Rupture spontanée des tumeurs liquides de l'ovaire. Thèse de Paris, 1906.
- Coudert.* — Grossesses compliquées de tumeurs solides de l'ovaire. Thèse de Paris, 1904.
- Couvelaire.* — Ablation par voie abdominale des tumeurs ovariennes pelviennes à la fin de la grossesse et pendant le travail sans section césarienne préalable.

- (Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, mai 1912, p. 277).
- Disparition définitive d'un kyste pelvien après une simple ponction (Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 21 juillet 1902).
- Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, septembre 1910, p. 557.
- Couvelaire et Grosse.* — Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 7 juillet 1919.
- Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, 11 juillet 1910.
- Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, juillet 1911.
- Dannis.* — Thèse de Paris, 1915.
- Delbet.* — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, janvier 1907, p. 27.
- Dsirne.* — Ovariectomie pendant la grossesse (Archiv für Gynæk., XLII, 1892).
- Dührossen.* — Revue de Chirurgie, 1910, p. 1225.
- Ergstræm.* — De l'Ovariectomie pendant la grossesse (Annales de Gynécologie, octobre et novembre 1890).
- Fabre et Bourret.* — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, juin 1908, 16 novembre 1911.
- Ferrand.* — Thèse de Paris, 1920.
- Fieu.* — Kyste dermoïde de l'ovaire, cause de dystocie (Arch. clinique. Bordeaux, 1897, XVIII).
- Fischell.* — Centralblatt. für Gynæk., 1882, p. 215.
- Flatau.* — L'ovariectomie au cours de la grossesse (Société de Médecine de Nuremberg, 5 octobre 1905).
- Guillemet.* — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, octobre 1909, p. 332.
- Guinard et Chauve* (Saint-Etienne). — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, juin 1913.
- Heller.* — Ovariectomie au cours de la grossesse (The Lancet, 21 décembre 1901).
- Herrgott.* — Accouchement et kystes de l'ovaire (Annales de Gynécologie, 1886).
- Opération césarienne pour kyste dermoïde (Société d'Obstétrique de France, 1899, p. 228).
- Jeannin.* — Tumeur végétante de l'ovaire. Ovariectomie.

- Avortement (Société d'Obstétrique de Paris, nov. 1909, p. 342).
- Jordan (J.-F.)*. — Dermoid cyst. of the left ovary which caused obstruction to delivery (Brit. gynec. London, 1902-1903).
- Kerr (J.-M.)*. — Dermoid cyst. of the ovary obstructing labour; displacement of the tumour from the true pelvis and extraction of the child with forceps (Obst. society. London, 1901-1902).
- Labouré*. — Thèse de Paris, 1909.
- Lee (de)*. — The principles and practice of Obstetrics, 2^e édition, 1915, p. 541.
- Legueu*. — Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 8 nov., 1909.
- Lejars*. — Société d'Obstétrique et de Gynécologie, novembre 1909.
- Lepage*. — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, juin 1904, 1912, p. 66.
- Lewis (H.-F.)*. — The diagnosis and management of pelvic affections complicating pregnancy (Surgery, Gynecology and obstetric., december 1916, p. 663).
- Loeoy et Guéniot*. — Etude sur les kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires (Revue de Gynécologie de Pozzi, 1902).
- Mayo-Robson*. — Quelques rapports de la grossesse et de la chirurgie (British medical journal, 11 avril 1896).
- Marshner*. — Opérations pour affections des annexes au cours de la grossesse (Société d'Obstétrique de Dresde, 1902).
- Michaëlis*. — Centralblatt für Gynœk, 24 janvier 1914.
- Mouchotte*. — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, mai 1907, p. 142.
- Orgler*. — Pronostic et indications de l'ovariotomie pendant la grossesse.
- Oui*. — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1912, t. I, p. 52.
- Pajot*. — Travaux d'Obstétrique et de Gynécologie, 1882, p. 647.

- Paucot et Vanverts.* — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1912, t. I, p. 858.
- Pinard et Segond.* — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 11 mars 1900, p. 75 et 200.
- Pinard.* — Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 2 mars 1900, 4 mai 1900.
- Pinto.* — Kystes de l'ovaire pendant la grossesse. Thèse de Paris, 1918.
- Quenu.* — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, mai 1900, p. 144.
- Remy.* — Grossesse compliquée de kyste ovarique. Thèse de Paris, Agrégation 1886.
- Schwiergeld.* — Traitement des kystes de l'ovaire pelviens pendant le travail. Thèse de Paris, 1911.
- Soderberg (G.).* — Rupture of the uterus in labor from a dermoid cyst; recovery. Hosp. tid. Kjberh, 1908.
- Spencer-Wiles.* — Tumeurs de l'ovaire et de l'utérus. Traduction de Rodet.
- Tardif.* — Complications des kystes de l'ovaire pendant la grossesse. Thèse de Paris, 1906.
- Vanverts.* — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1912, t. I, p. 55.
- Vincent et Laffont.* — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1912, t. I, p. 362.
- Wallich.* — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1917, p. 253.
- Watkins.* — Surgery, gynecology and obstetric, octobre 1916, p. 404.
- Wieser-Holmes.* — Surgery, gynecology and obstetric, novembre 1915, p. 636.
- Wolff (Erich).* — Deutsche medizinische Wochenschrift, 1910, n° 4.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
PRÉLIMINAIRES.....	7
CHAPITRE PREMIER. — Le kyste de l'ovaire pendant la gestation, le travail et les suites de couches...	9
CHAPITRE II. — Diagnostic du kyste de l'ovaire pen- dant la gestation, le travail et les suites de couches.....	29
CHAPITRE III. — Traitement du kyste de l'ovaire pen- dant la gestation, le travail et les suites de couches.....	36
CHAPITRE IV. — Observations cliniques.....	51
CHAPITRE V. — Conclusions.....	100
Bibliographie	102

